



# INFORME UNGASS 2010



# EL SALVADOR

MARZO 2010



I. INDICE

II. Situación actual

- a) La participación de las personas interesadas en el proceso de redacción del informe
- b) la situación de la epidemia;
- c) la respuesta política y programática; y
- d) los datos de los indicadores del UNGASS

III. Panorama general de la epidemia de SIDA

IV. Respuesta nacional a la epidemia de SIDA

V. Prácticas óptimas

VI. Principales problemas y acciones correctoras

VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación



## II. SITUACIÓN ACTUAL

### **a) La participación de las personas interesadas en el proceso de redacción del informe**

El Informe Nacional sobre los progresos del país a reportar a UNGASS 2010 refleja el compromiso de los diferentes actores sociales participantes en la respuesta nacional ante el VIH, entre estos: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector de la salud en el país, sociedad civil, agencias de cooperación Internacional, instancias académicas y otros grupos sociales. De este conglomerado surgió un comité Ad Hoc al que se le asignó la tarea específica de integrar los diferentes aportes de todos los involucrados en el reporte, dicho comité fue constituido por representantes de organizaciones del Sistema de Naciones Unidas, organismos bilaterales, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, Sociedad Civil, personas con VIH, Trabajadoras del sexo y Hombres que tienen sexo con Hombres.

En virtud de la metodología de consulta participativa empleada en la recolección de la información, el informe UNGASS 2010 es el resultado de un amplio consenso, el cual queda reflejado en la elaboración y validación del Índice Compuesto de Política Nacional (ICPN)<sup>1</sup> en cuya evaluación tuvo una destacada participación la sociedad civil. Este proceso participativo incluyó visitas a instituciones, entrevistas, reuniones, talleres de validación y consenso, así como un amplio debate por parte de las instituciones de gobierno, sociedad civil y agencias de cooperación.

Se contó también con la activa participación y colaboración de diferentes instancias gubernamentales tales como Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Dirección de Vigilancia de la Salud, Laboratorio Central, Ministerio de Educación, Sanidad Militar, Organizaciones No Gubernamentales entre

---

<sup>1</sup> ICPN pondera la participación de la sociedad civil, la contraloría social y la incidencia política



ellas: Orquídeas del Mar, Entre Amigos, Asociación Nacional del Personas Positivas “Vida Nueva”, PASMO, Agencias de Cooperación Internacional como USAID/PASCA, ONUSIDA y PNUD quienes además proporcionaron documentos y conocimientos relacionados con el desarrollo de la respuesta ante el VIH. La convocatoria de participación incluyó también a la Secretaria de Inclusión Social, la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencias del Hospital Benjamín Bloom (CENID); Asociación Demográfica Salvadoreña, Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA), Asociación Cristiana de Jóvenes y representantes del Mecanismo de Coordinación de País (MCP).

El Comité Ad hoc procesó información para la conformación de los indicadores, solicitó datos a varias instituciones y organizaciones y preparó las entrevistas y cuestionarios para la medición del Índice de Esfuerzo de Programas en VIH (API por sus siglas en inglés: Program Effort Index) e ICPN, estos documentos fueron los principales insumos para 2 talleres de validación con amplia participación de las entidades mencionadas. Se preparó un borrador avanzado del Informe UNGASS, se incorporó el MEGAS y se validó nuevamente replicando el proceso participativo de los 2 talleres iniciales. Después de este taller, se incorporaron las observaciones y se introdujeron los datos al sistema CRIS. El UNGASS es revisado por el Despacho Ministerial antes de ser remitido por la vía oficial.

#### **b) Situación de la epidemia del VIH**

De acuerdo a datos presentados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, en el Informe Situación del VIH en El Salvador, hasta noviembre de 2009 se han reportado 23,731 casos acumulados de VIH y SIDA desde 1984. De los cuales 15,087 (63.58%) han sido identificados como casos de VIH y 8,644 (36.42%) como casos SIDA. De estos el 62.74% son hombres y 37.26% mujeres, con una razón de masculinidad de 1.7:1, la cual se ha mantenido desde el último bienio. (Ver tabla No.1)



Tabla 1. Casos acumulados de VIH-sida por sexo y año notificación.

<b>Casos acumulados de VIH- sida por sexo y año de notificación, El Salvador, año 1984 – 2008.</b>	<b>1984 a 2004</b>	<b>1984 a 2005</b>	<b>1984 a 2006</b>	<b>1984 a 2007</b>	<b>1984 a 2008</b>	<b>1984 a 2009*</b>
Casos de VIH acumulados	7,762	8,981	10,272	11,923	13,722	15,087
Casos Sida acumulados	6,901	7,332	7,746	8,172	8,488	8,644
<b>Total casos acumulados VIH-sida</b>	<b>14,663</b>	<b>16,313</b>	<b>18,018</b>	<b>20,095</b>	<b>22,210</b>	<b>23,731</b>
Casos acumulados en el sexo masculino	9,381	10,299	11,370	12,622	13,934	14,890
Casos acumulados en el sexo femenino	5,282	6,014	6,648	7,473	8,276	8,841
Relación Hombre: Mujer	1.5:1	1.3:1	1.7:1	1.5:1	1.7:1	1.7

Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, MSPAS.

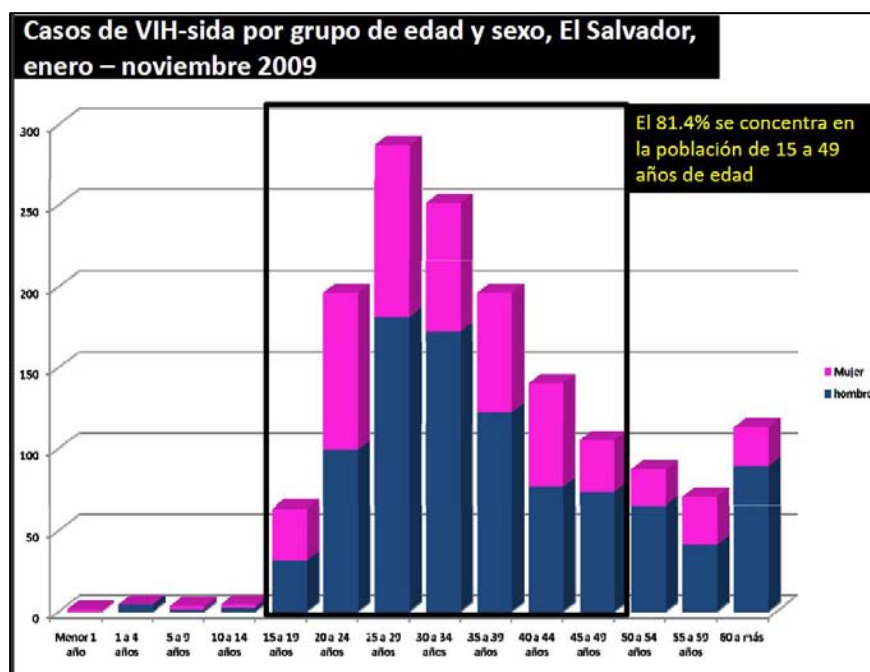
Es de hacer notar que desde 2004 el total de casos acumulados de VIH y SIDA ha aumentado linealmente, con respecto al año que le precede, situación que se ve fortalecida debido a la búsqueda activa de casos con la ampliación del acceso a pruebas de tamizaje, tales como el día nacional de la prueba, programa de prevención de la transmisión vertical y de las múltiples acciones de reducción de estigma y discriminación que ha impulsado la Sociedad Civil para lograr que las personas sean más receptivas a la prueba de VIH.

El mecanismo de transmisión más frecuente continúa siendo sexual con un 99.5% de los casos, mientras que la transmisión vertical ocupa el 0.5%. La vía transfusional representa un importante factor de seguridad debido al análisis sistemático practicado a cada una de las unidades de donaciones de sangre para detectar el VIH y asegurar la calidad del 100% de las muestras.

De acuerdo a la procedencia geográfica de los casos, los departamentos de San Salvador, La Libertad y Sonsonate ocupan los tres primeros lugares en la incidencia o “casos nuevos” de VIH, 668, 145 y 139 casos respectivamente de enero a noviembre de 2009.

El mayor porcentaje de casos de VIH reportados entre enero y noviembre de 2009 según grupos de edad, se concentra en el grupo de 15 a 49 años con 81.4%. Lo anterior evidencia que la epidemia continúa afectando a la población joven, sexual y económicamente activa.

Gráfico 1. Casos de VIH – sida por grupo de edad y sexo.



Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. MSPAS.

Del total de casos de VIH reportados durante el mismo periodo según su estado civil el 49% se encuentra soltero, 31% acompañado, 14% casado, 3% viudo, 1% divorciado y 1% separado.

### c) Respuesta política y programática

El apoyo político es uno de los principales componentes que contribuye al buen desarrollo de la respuesta nacional en El Salvador y que en este período 2008-2009 ha sido destacado por los altos funcionarios gubernamentales del país. La respuesta programática ha mostrado un comportamiento positivo sobre la base de la estrategia de los “tres unos”, así como los esfuerzos del Programa Nacional del Ministerio de



Salud y la coordinación con organismos no gubernamentales. Los programas se han nutrido de un importante apoyo internacional pero el aporte de gobierno sigue siendo el más prevalente, reflejando la importancia del apoyo político en los programas y los logros alcanzados.

#### Medición de API<sup>2</sup>

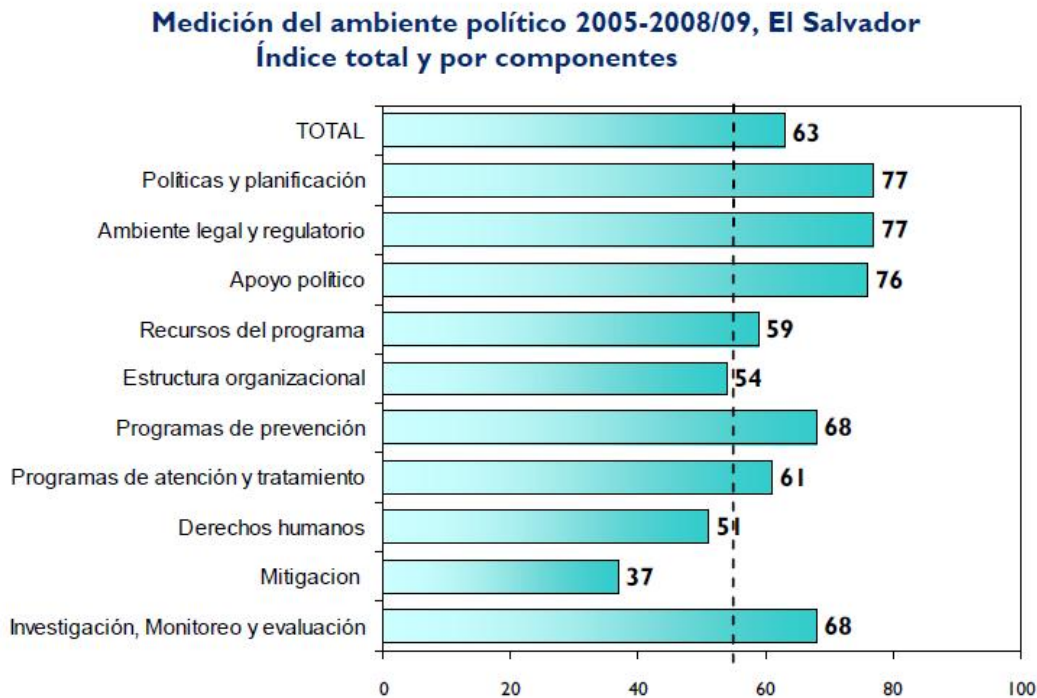
Durante el período de marzo a mayo del 2009, USAID/PASCA realizó esfuerzos sistemáticos para medir el ambiente político en Centroamérica por medio de la aplicación de la metodología Índice de Esfuerzo de Programas en VIH ó API, dicho estudio se expresa como punteo en una escala de 0 a 100. Los resultados del estudio muestran una tendencia positiva en el ambiente político entre 1998 y el 2008/09 en El Salvador.

El índice total, que se obtiene como promedio de los diez componentes: Apoyo político, Formulación de políticas, Estructura organizacional, Recursos, Monitoreo, evaluación e investigación, Marco legal y regulatorio, Derechos humanos, Programas y acciones de prevención, Programas y acciones de atención y tratamiento, Mitigación aumentó de 46 a 63 puntos en una década, es decir una tendencia positiva del 37%.

---

<sup>2</sup> Medición del Ambiente Político en relación con el VIH y sida en El Salvador 2008/09. USAID/PASCA 2009.

Gráfico 2. Medición del Ambiente Político 2005-2008/09



Fuente: Medición del ambiente político en relación con el VIH y SIDA en El Salvador. USAID/PASCA. 2009.

Los resultados de API para El Salvador durante una década muestran una tendencia positiva en los esfuerzos realizados para responder a la epidemia del VIH sobre todo al compararlos con la experiencia del resto de países centroamericanos, sin embargo dicha tendencia a pesar de estar por encima del promedio de los países de la región se ha desacelerado en los últimos años.

Los esfuerzos más altos se observan en las áreas de formulación de políticas, en el ámbito de la institucionalización de la respuesta y los esfuerzos por mantener un alto nivel de apoyo político. Los esfuerzos que no han reflejado el mismo crecimiento se observan en, lograr una adecuada estructura organizacional y recursos financieros para responder a la epidemia.





De acuerdo a los principios fundamentales de ONUSIDA de los “tres unos”, El Salvador ha trabajado a lo largo de los últimos años en la consecución de las metas programáticas propuestas así como mejorar las estrategias que lo lleven a cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio.

*1. Un marco de acción sobre el VIH/SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados*

El Plan Estratégico Nacional (PEN) 2005-2010 ejecuta actualmente estrategias sobre: Coordinación intersectorial. Servicios integrales de atención y prevención. Intervenciones a poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad. Acciones de información, educación y comunicación. Vigilancia epidemiológica. Sistema integrado de monitoreo y evaluación. Derechos humanos y equidad de género Marco legal y normativo.

El Salvador emitió en agosto de 2008, la Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, que tiene como propósito fortalecer los sistemas de salud, incluidos la infraestructura, recursos humanos y los sistemas logísticos de suministro de fármacos, situación que ha fortalecido las acciones del PEN. Sin embargo, pese a esos esfuerzos de ordenar el sistema quedan retos pendientes tales como la creación y operativización del sistema de protección social para las personas con VIH.

*2. Una autoridad nacional de coordinación del SIDA*

En el año 2001, por decreto legislativo se crea CONASIDA<sup>3</sup> como un organismo colegiado asesor del Ministerio de Salud, de gran importancia para la formulación y divulgación de la Política de Atención Integral contra el VIH-SIDA y la propuesta de estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial<sup>4</sup>. En 2008 se

<sup>3</sup> Ley de Prevención y control de la infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

<sup>4</sup> “Art. 12.- Créase la Comisión Nacional Contra el SIDA, que en el texto de la presente ley podrá llamarse “la Comisión” o “CONASIDA”, como un organismo colegiado asesor del Ministerio, que se



introdujo a la Asamblea Legislativa una propuesta de reforma a la Ley de VIH para ampliar la membresía de la CONASIDA a 5 nuevos actores: PVS, OBF, Municipalidades, Ministerio de Hacienda y Secretaría de la Juventud.

En el año 2002, se creó una Junta Directiva Colegiada, llamada ahora MCP-ES (Mecanismo Coordinador de País, para los programas del Fondo Mundial), con el objetivo de movilizar recursos del FONDO MUNDIAL, a la fecha se han ganado 4 subvenciones totalizando 72.6 millones de dólares para la Respuesta Nacional al VIH-SIDA y Tuberculosis. De toda la inversión que se hace en la prevención y atención al VIH/sida el mayor aporte sigue siendo el del país.

Los sectores que integran el MCP-ES son: Académico, Gobierno, Organismos Internacionales, Personas con VIH, Personas afectadas por TB, Organizaciones Basadas en la Fe, ONG nacionales e internacionales.

### *3. Un marco de vigilancia y evaluación establecido*

En el último bienio El Salvador ha avanzado en su marco operativo de vigilancia y evaluación que le permitió aumentar la capacidad existente para la inspección de la calidad, la supervisión nacional y la adaptación informada de políticas.

Desde el año 2006 El Salvador ha venido trabajando en la implementación de un plan de vigilancia y evaluación y del Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y

---

integrará de la manera siguiente:

- a) Un representante del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien la presidirá
- b) Un representante del Ministerio de Trabajo y Previsión Social
- c) Un representante del Ministerio de Educación
- d) Un representante de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
- e) Un representante de los servicios de Sanidad Militar
- f) Un representante de los Medios de Comunicación
- g) Un representante del Ministerio de Gobernación
- h) Un representante del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- i) Un representante de las Asociaciones o Fundaciones cuyo objetivo sea la prevención, protección y defensa ante el VIH/SIDA, legalmente establecidas
- j) Un representante de la Asociación Nacional de la Empresa Privada
- k) Un representante del Colegio Médico y
- l) Un representante de la Secretaría Nacional de la Familia”



Vigilancia Epidemiológica<sup>5</sup> (SUMEVE). El SUMEVE es un sistema en desarrollo que ha superado las fases de establecimiento del sistema, pilotaje y capacitación del personal.

Durante 2009 se priorizó la gestión de la información por parte del Ministerio de Salud Pública, lo que facilitará alcanzar datos de mejor calidad para analizar el desempeño del país en lo que concierne al marco de acción nacional sobre el SIDA, pues se ha desarrollado una amplia base de datos que servirá en el mediano plazo para la construcción de indicadores al desarrollar los módulos que permitan el cruce de variables.

A partir del presente año se impulsarán las últimas fases de implantación completa del SUMEVE, incluyendo, la armonización a nivel mundial de las necesidades de vigilancia y evaluación con la construcción de los indicadores relacionados con la Declaración de Compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH y los elementos básicos adicionales que hacen hincapié en el desempeño y la rendición de cuentas.

#### **d) los datos de los indicadores del UNGASS**

- Compromiso y acciones nacionales
- Programas Nacionales
- Conocimiento y Comportamiento
- Impacto

---

<sup>5</sup> Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE) en El Salvador. Dr. Julio Alberto Armero Guardado.



Código		Resultado
<b>COMPROMISO Y ACCION NACIONALES</b>		
1	Gasto relativo al SIDA	\$41,232,425
2	Índice Compuesto de Política Nacional	Finalizado
<b>PROGRAMAS NACIONALES</b>		
3	Seguridad sanguínea	100% (2008) 100% (2009)
4	Tratamiento de terapia antiretroviral para VIH – 2008 Tratamiento de terapia antiretroviral para VIH – 2009	74.5 % Adultos (dato disponible solo para 2008) 93% Niños (dato disponible para 2008)
5	Prevención de la transmisión materno-infantil – 2007	94% (dato disponible solo para 2008)
6	La co-administración de Tuberculosis y Tratamiento de VIH	50% (2008)
7	Pruebas del VIH en la población en general	Dato disponible solo Mujeres 10.3% (2008)
8	Pruebas del VIH en poblaciones más expuestas – Hombres que tienen sexo con Hombres	88.05% (2008)
8	Pruebas del VIH en poblaciones más expuestas- Trabajadores profesionales del sexo	88.6% (2008)
9	Poblaciones más expuestas: : Programas de prevención - Hombres que tienen sexo con Hombres	58.1%
9	Poblaciones mas expuestas: : Programas de prevención - Profesionales del sexo	77.05%
10	Apoyo para niños afectados por VIH y SIDA	Dato no Disponible
11	Educación escolar sobre el VIH basada en aptitudes para la vida	100% (2008) 100% (2009)
<b>CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO</b>		
12	Actual asistencia a la escuela entre huérfanos de edades 10-14	Dato no Disponible
13	Jóvenes: Conocimiento sobre prevención de VIH	Dato disponible solo Mujeres 27.3% (2008)
14	Poblaciones mas expuestas: Conocimiento sobre prevención de VIH- Hombres que tienen sexo con Hombres	52.53%
15	Relaciones sexuales antes de los 15 años	10.6% Femenino (2008)
16	Relaciones sexuales de alto riesgo	Información no Disponible
17	Uso de condón en relaciones sexuales de alto riesgo	Dato disponible solo Mujeres 80.8%



		<b>(2008)</b>
18	Trabajadoras sexuales: Uso del condón	<b>89.95% Femenino con cliente nuevo (2008)</b>
19	Hombres que tienen sexo con Hombres : Utilización de condón	<b>54.9% (2008)</b>
20	Usuarios de drogas inyectables: Uso de condón	<b>Información no Disponible</b>
21	Usuarios de drogas inyectables: Práctica segura de inyecciones	<b>Información no Disponible</b>
<b>IMPACTO</b>		
22	Reducción de la prevalencia de VIH	<b>0.31% (2008)</b>
23	Poblaciones más expuestas: Reducción de la prevalencia de VIH- Trabajadores profesionales del sexo	<b>4.1% (2008)</b>
23	Poblaciones más expuestas: Reducción de la prevalencia de VIH' Hombres que tiene sexo con hombres	<b>9.8% (2008)</b>
24	Tratamiento de sobrevivencia de VIH después de 12 meses de terapia , Adultos	<b>94.5% 2009</b>
24	Tratamiento de sobrevivencia de VIH después de 12 meses de terapia , niños	<b>87.23% (2008) 88% (2009)</b>
25	Lactantes que nacieron con el VIH de madres Infectadas	<b>10.9% (2008-2009)</b>



III. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Las características de la enfermedad muestran que se trata de una epidemia concentrada en poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, a predominio masculino, que afecta principalmente a la población joven económicamente activa y cuya frecuencia es mayor en áreas urbanas

Desde enero de 2004 hasta noviembre de 2009 el promedio anual de casos nuevos de VIH es de 1,443 casos, mientras que el promedio anual de casos nuevos de SIDA es de 406.

**Tabla 2. Casos nuevos de VIH-sida por sexo y año de notificación**

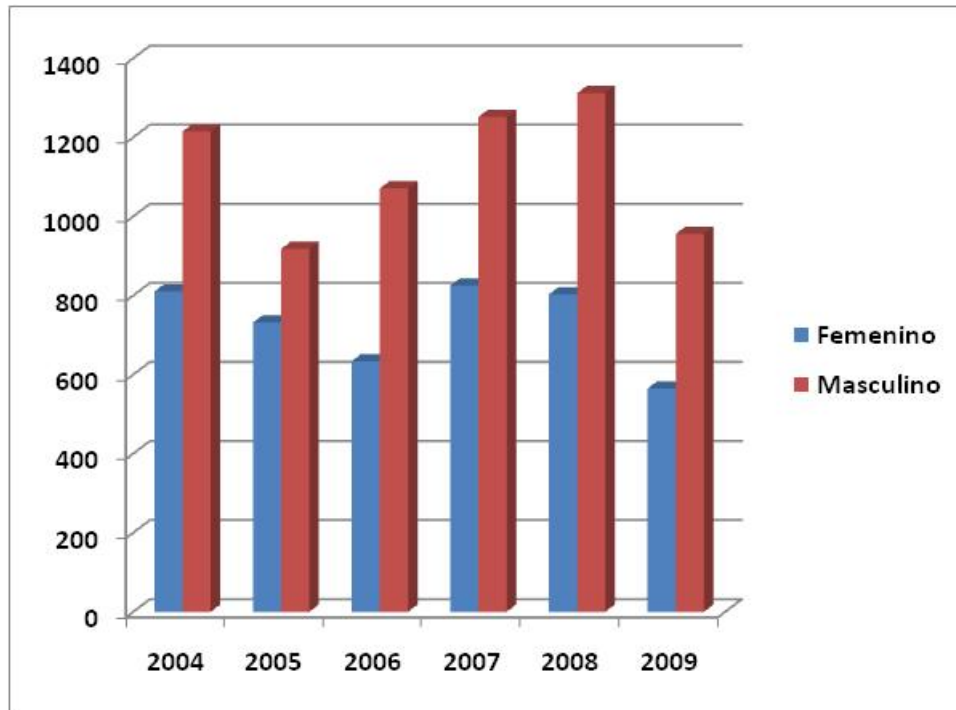
Casos nuevos de VIH- sida por sexo y año de notificación, El Salvador, año 2004-2008, enero – noviembre 2009	ENERO A DICIEMBRE					ENERO - NOVIEMBRE
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nuevos Casos de VIH	1333	1,219	1,291	1,651	1,799	1,365
Nuevos Casos Sida	692	431	414	426	316	156
<b>Total casos nuevos VIH-sida</b>	<b>2,025</b>	<b>1,650</b>	<b>1,705</b>	<b>2,077</b>	<b>2,115</b>	<b>1,521</b>
Casos nuevos en el sexo masculino	1215	918	1,071	1,252	1,312	956
Casos nuevos en el sexo femenino	810	732	634	825	803	565
Razon Hombre: Mujer	1.5:1	1.3:1	1.7:1	1.5:1	1.6:1	1.7:1

El 99.5% es por transmisión sexual y el 0.5% por transmisión vertical

Casos acumulados de VIH- sida por sexo y año de notificación, El Salvador, año 1984 – 2008.	1984 a 2004	1984 a 2005	1984 a 2006	1984 a 2007	1984 a 2008	1984 a 2009*
	Casos de VIH acumulados	7,762	8,981	10,272	11,923	13,722
Casos Sida acumulados	6,901	7,332	7,746	8,172	8,488	8,644
<b>Total casos acumulados VIH-sida</b>	<b>14,663</b>	<b>16,313</b>	<b>18,018</b>	<b>20,095</b>	<b>22,210</b>	<b>23,731</b>
Casos acumulados en el sexo masculino	9,381	10,299	11,370	12,622	13,934	14,890
Casos acumulados en el sexo femenino	5,282	6,014	6,648	7,473	8,276	8,841
Relación Hombre: Mujer	1.5:1	1.3:1	1.7:1	1.5:1	1.7:1	1.7

Fuente: Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA.MSPAS.

**Gráfico 3.** Tendencia de la detección por año, de casos nuevos de VIH por Sexo.



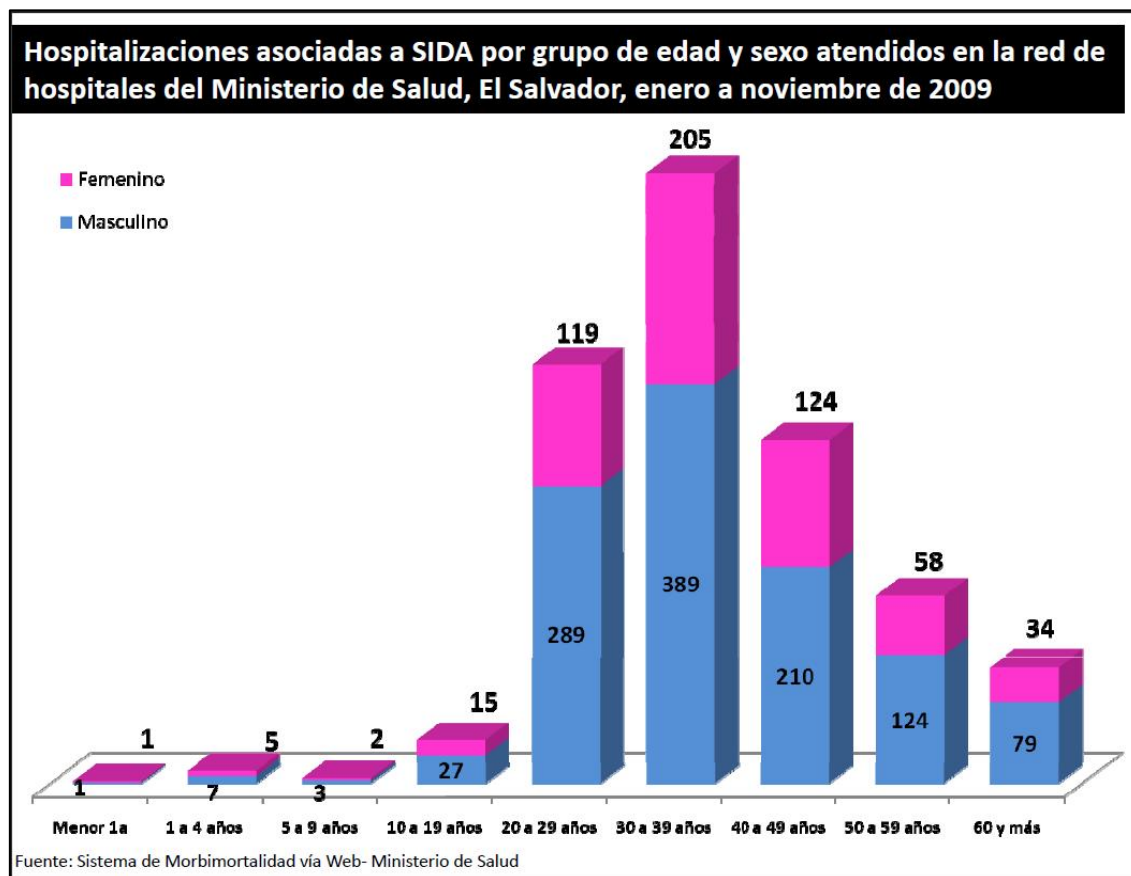
Fuente: **Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. MSPAS.**

La tendencia de detección de casos nuevos de VIH desde 2004 hasta noviembre de 2009, presentan un ascenso en ambos sexos, siendo siempre mayor el número de personas del sexo masculino, con 956 (62.85%), al sexo femenino le corresponde un total de 565 (equivalente al 37.15%).

Se observa una tendencia predominantemente masculina lo que ha mantenido una relación de masculinidad entre 1.3 y 1.7 a lo largo del último quinquenio; sin embargo es importante analizar la posible feminización de la epidemia partiendo de la mayor proporción de mujeres con respecto a hombres en algunos departamentos de El Salvador. Lo anterior requerirá estudios más detallados que puedan explicar dicho fenómeno, debiéndose considerar el efecto de la mayor captación de mujeres VIH positivas en los últimos años, por el tamizaje que se realiza durante el control prenatal, trabajo de parto y post parto; examen que se practica solamente a la mujer

y no a la pareja, situación que podría estar incidiendo en la percepción de feminización de la enfermedad.

**Gráfico 4.** Hospitalizaciones asociadas a SIDA por grupo de edad y sexo.



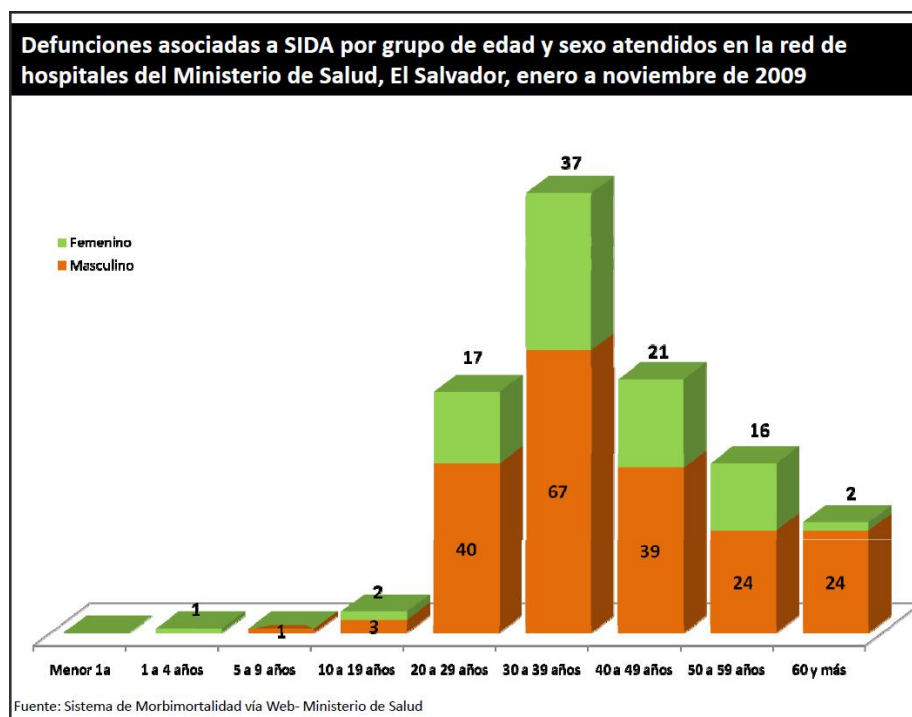
De enero a noviembre de 2009 se atendieron en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública un total de 1,692 hospitalizaciones asociadas a SIDA, lo que da un promedio mensual de 153.8 consultas. El grupo poblacional de 30 a 39 años de edad fue el más afectado, dicho grupo por si mismo representó el 35% y en conjunto con el grupo de 20 a 29 y el de 40 a 49, representaron el 79.5% del total de las Hospitalizaciones. La concentración de la enfermedad es en la población económicamente activa, grupo que representa un relevante potencial laboral y productivo. Lo que representa el 33.3%, mientras que 1,129 corresponden al sexo masculino o sea un 66.7% del total de las atenciones hospitalarias.

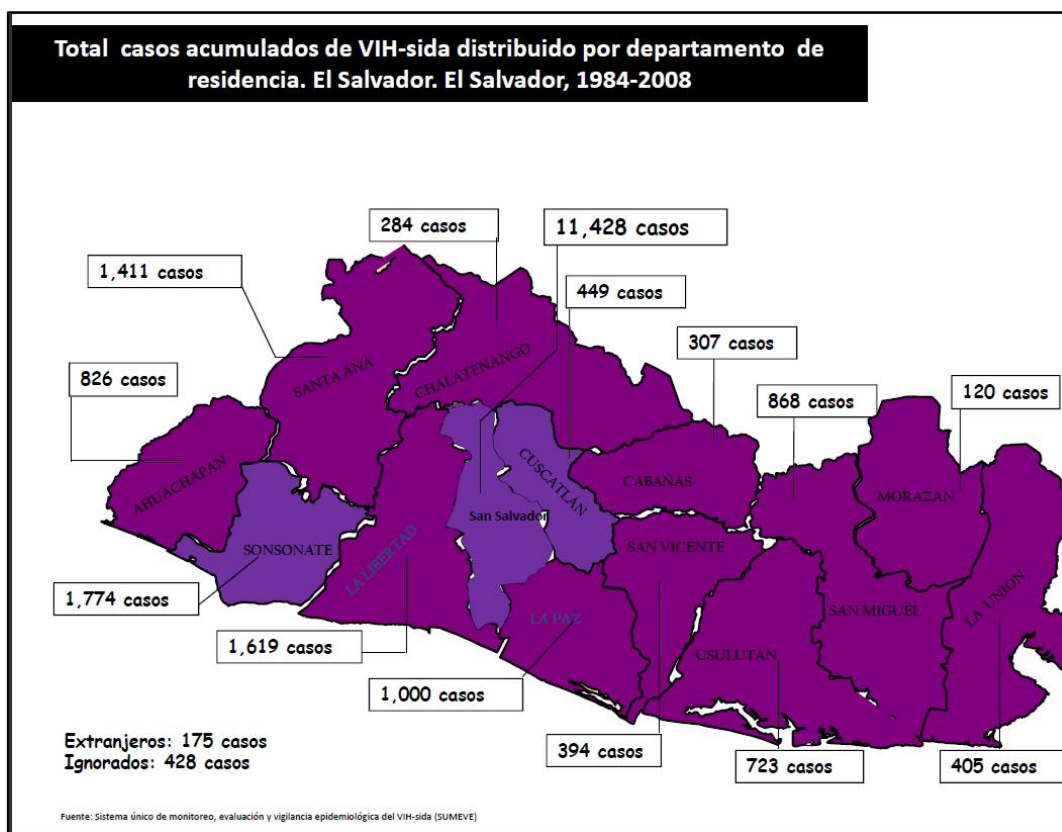


De enero a noviembre de 2009 se registraron en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública un total de 294 defunciones asociadas a SIDA, lo que representa un promedio de 27 personas fallecidas mensualmente; el grupo poblacional de 30 a 39 años de edad vuelve a ser el más afectado, representando un 35% del total de defunciones y en conjunto con el grupo de 20 a 29 y el de 40 a 49, generan un 75% de todas las muertes institucionales. De las 294 defunciones, 96 fueron del sexo femenino lo que representa el 32.7%, mientras que 198 corresponden al sexo masculino o sea un 67.3% del total de las defunciones hospitalarias.

La supervivencia de las personas con VIH ha mejorado mucho tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia y la política de universalidad al acceso gratuito, por lo que actualmente es considerada una condición crónica controlable. La mortalidad por SIDA continúa siendo un indicador útil para evaluar la efectividad de los medicamentos antirretrovirales, la adherencia al tratamiento y las actividades de prevención en la respuesta nacional ante el VIH.

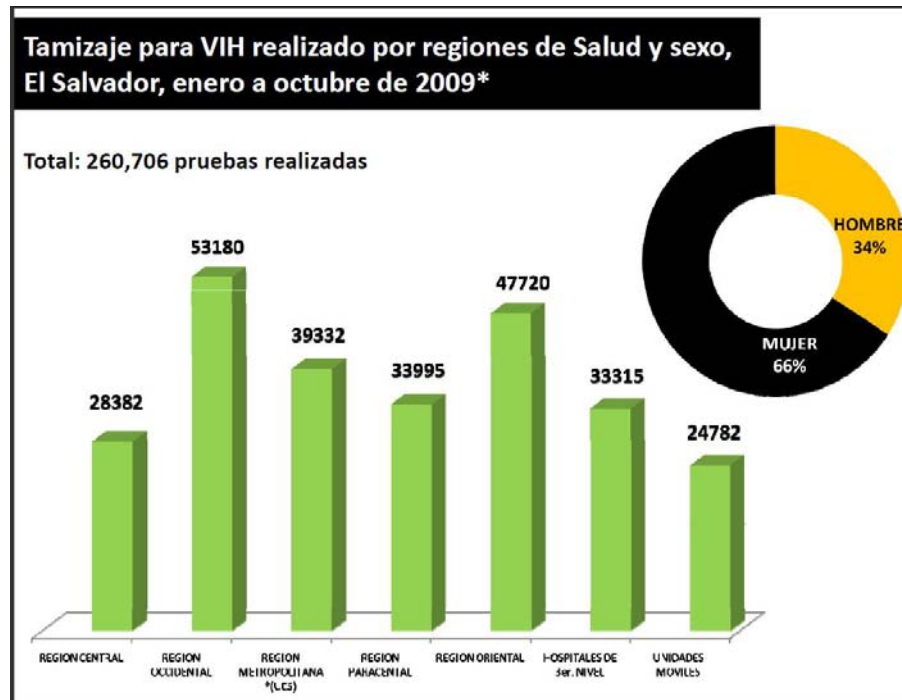
**Gráfico 5. Defunciones asociadas a SIDA por grupo de edad y sexo.**



**Gráfico 6. Total de casos acumulados de VIH-Sida por departamento.**


El total de casos acumulados de VIH Y SIDA desde 1984 hasta 2008 hacen un total de 22,210, corresponden al departamento de San Salvador el 51% (11,428) de los casos, siendo esta la principal zona metropolitana y área de gran conglomerado poblacional, en segundo lugar Sonsonate con el 8%, seguido por el departamento de La Libertad con un 7,28% y Santa Ana con el 6.35%. Morazán es el departamento que menos casos ha notificado con 1.38%. Por lo que podemos observar que la epidemia se encuentra geográficamente concentrada en el área urbana y al igual que en años anteriores en el área metropolitana se concentran poblaciones de HSH y TS, además allí convergen poblaciones móviles que residen en las diferentes regiones del interior del país.

**Gráfico 7. Tamizaje para VIH realizado por Regiones de Salud.**



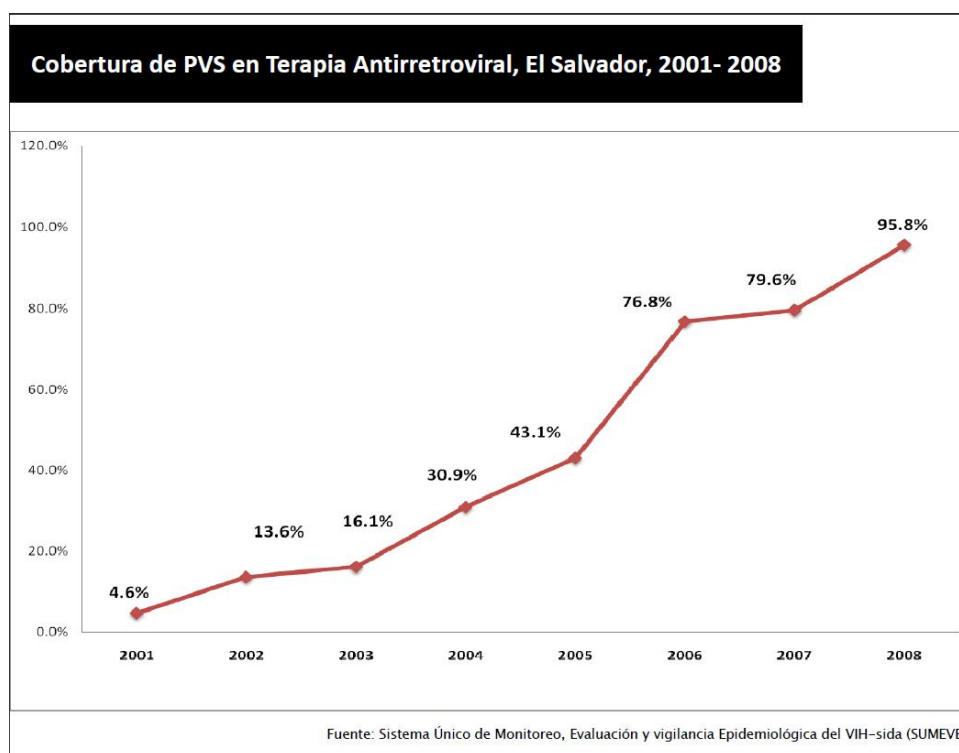
Fuente: **Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. MSPAS.**

Son importantes los esfuerzos que el país ha realizado en cuanto a tamizaje de VIH, de enero a octubre de 2009 se realizaron 260,706 pruebas. 48.46% dirigidas a población entre 25 y 45 años de edad, 37.76% de 15 a 24 años, 8.11% de 46 a 59 años, 3.48% a mayores de 60 años. 1.14% a personas entre 10 y 14 años, 0.33% de 1 a 4 años y 0.3% a niños y niñas entre 5 y 9 años. Del total de pruebas realizadas es la mujer la que más se la realiza en una proporción del 66%.

La epidemia afecta a la población joven y sexualmente activa, donde además de VIH se producen otras Infecciones de Transmisión Sexual. Por lo tanto es en este grupo de edad en donde se tienen que desarrollar intervenciones enérgicas, orientadas hacia el cambio de comportamiento a través de la Educación para la Salud, ya que las y los jóvenes son parte de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH, condicionados por factores como: inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de

uso adecuado y consistente del condón en cada relación sexual, múltiples parejas sexuales sin protección, falta de conocimientos sobre las formas de protegerse de la enfermedad.

Gráfico 8. Cobertura de PVS en Terapia Antirretroviral.



El aumento en la cobertura y acceso que se tiene a los medicamentos antirretrovirales, desde 2001 hasta 2008 según datos del MSPAS muestra un aumento del 4.8% hasta el 95.8%. Lo que constituye un importante avance a nivel programático. Sin embargo en el contexto económico del país, la epidemia de VIH/SIDA representa una importante carga para los servicios de salud tanto públicos como privados.

El estigma y la discriminación hacia las personas con el VIH, por parte de sus familiares y amigos<sup>6</sup> son una carga emocional a la que están expuestos, otro factor a tomar en cuenta es la posición de algunas iglesias sobre el uso del condón como

<sup>6</sup> Estudio de Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Página 102.



método de prevención. Así mismo se requiere impulsar una mayor participación de las mujeres que viven con VIH, en los procesos de toma de decisiones políticas relacionadas con la respuesta al VIH.

#### IV. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

##### A. COMPROMISO Y ACCIÓN NACIONAL

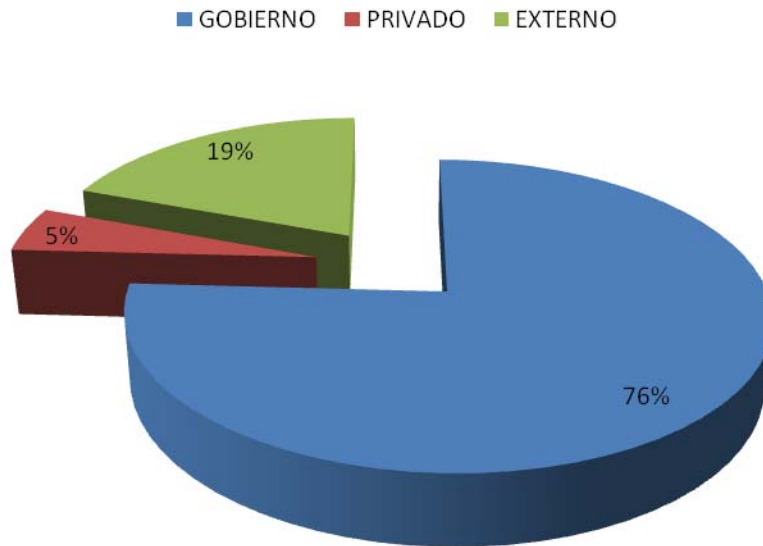
###### 1. Gasto nacional e internacional al SIDA por categoría y fuente de financiación

De acuerdo a la estimación preliminar de la Medición de Gasto en Sida (MEGAS) para el año 2008, el país ha invertido \$41,232,425.00, cifra que es un reflejo de lo que el país está invirtiendo en VIH/Sida ya que para la construcción de esta medición se requiere de la participación de todos los actores que trabajan en el tema, en las diferentes áreas como son prevención, atención y tratamiento, fortalecimiento institucional, desarrollo de recursos humanos y actividades de investigación. Esta medición permite revisar indicadores financieros para: monitoreo de la movilización de recursos, monitoreo de la implementación de programas o proyectos y proporcionar evidencia de la ejecución financiera de los diferentes programas y proyectos desarrollados por los diferentes actores.

Del total de los \$41,232,425.00 invertidos por el país, las instituciones públicas invirtieron un 76% lo que significa un aporte estimado de \$31,274,103.00, el resto corresponde a un 19% de lo que es el sector externo con un aporte de \$7,953,330.00 y el sector privado con un aporte del 5% correspondiente a \$2,004,992.00, tal y como se representa en el Gráfico 9, es de aclarar que el aporte que se refleja como sector privado corresponde al aporte de instituciones con fines de lucro, fundaciones sin fines de lucro y aporte de bolsillos.

Gráfico 9. Distribución del Gasto Nacional en VIH/SIDA por fuente de fondos.

### GASTO NACIONAL EN VIH/SIDA POR FUENTE DE FONDOS

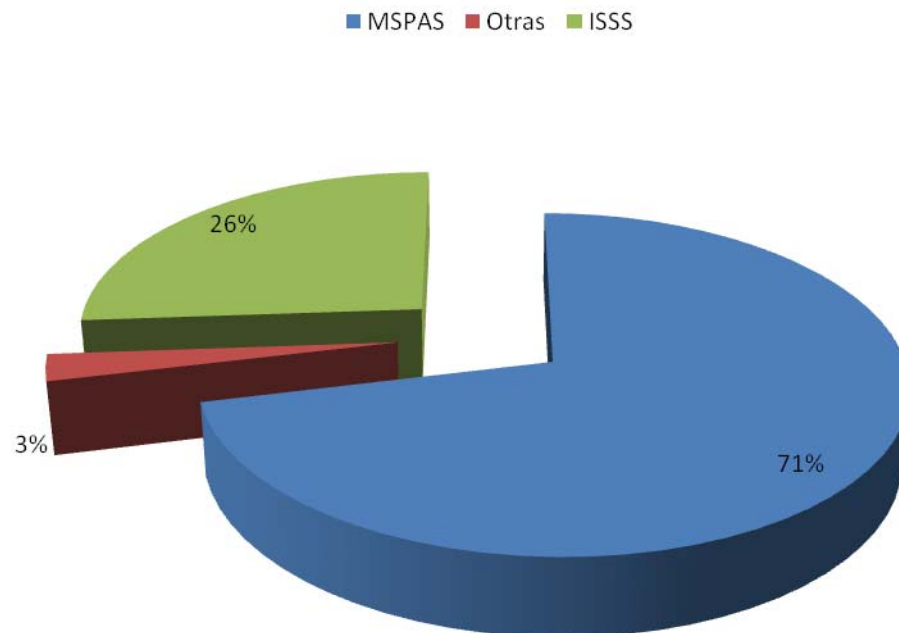


Fuente: Datos preliminares de MEGAS 2008.

De los fondos invertidos por el Sector Público, el 71% corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social representando \$22,292,048.00, un 26% corresponde al Instituto Salvadoreño del Seguro Social representando \$8,168,979.00, y el 3% corresponde a otras instituciones representando \$813,076.00, lo cual se presenta en la Gráfica 10.

Gráfico 10. Distribución del Gasto del Sector Público

## DISTRIBUCION DEL GASTO DEL SECTOR PUBLICO

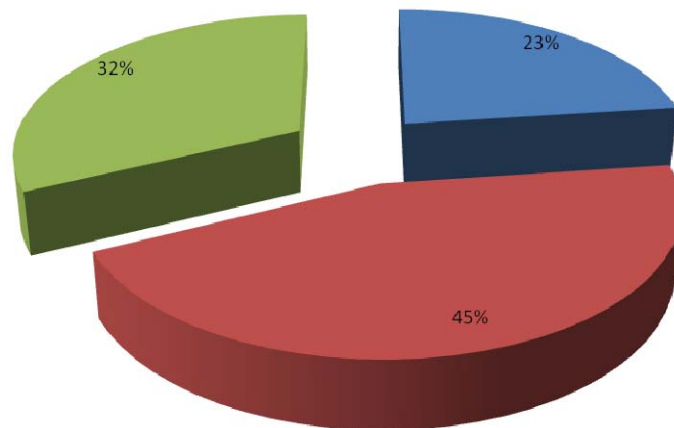


Fuente: Datos preliminares de MEGAS 2008.

Actores importantes en la respuesta nacional al VIH/SIDA lo representan aquellas fuentes de financiamiento internacional las cuales se agrupan en el estudio MEGAS como Sector Externo, quienes realizan una importante contribución, el total de este aporte es de \$7,953,330.00, del cual el 45% corresponde a organismos multilaterales, dentro de estos se encuentra el Fondo Mundial de la lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria el cual contribuye con el 78% de los fondos dentro de esta categoría; el 32% lo aportan otras instituciones internacionales correspondiendo a \$2,549,627.00 y el 23% es el aporte de organismos bilaterales correspondiendo a \$1,827,935.00; tal y como se representa en la Gráfica 11.

**Gráfico 11 Distribución del Gasto del Sector Externo****DISTRIBUCION DEL GASTO DEL SECTOR EXTERNO**

■ bilaterales ■ multilaterales\* ■ otras inst intern.



Fuente: Datos preliminares de MEGAS 2008.



## 2. Índice Compuesto de Política Nacional

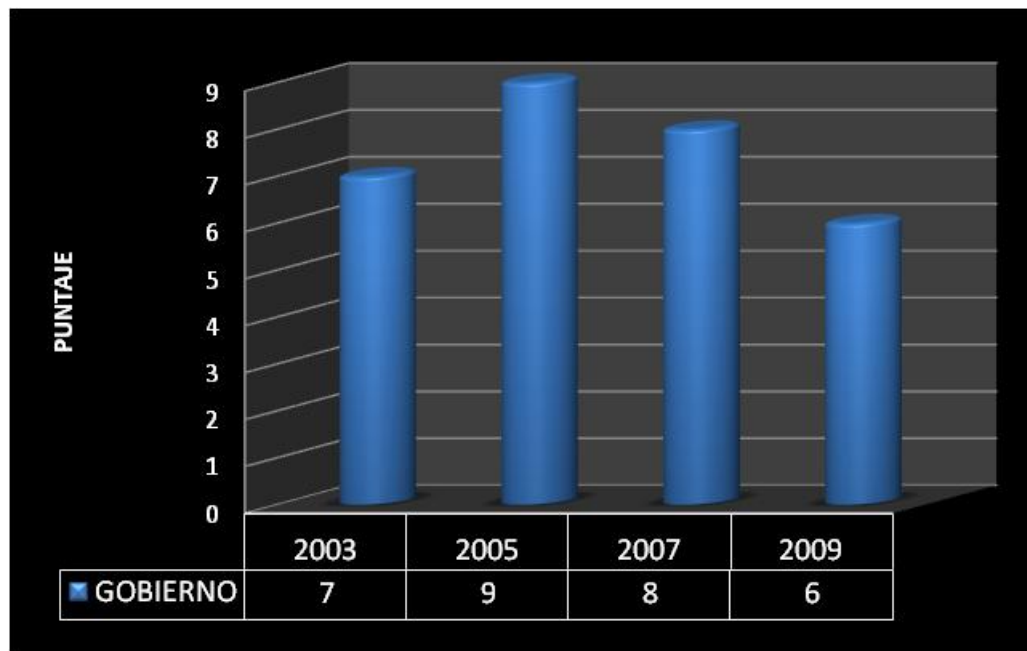
### PARTE A: INSTITUCIONES DE GOBIERNO

#### I. PLAN ESTRATÉGICO:

Los aspectos evaluados en este componente son los relativos al Plan Estratégico Nacional: Coordinación intersectorial. Servicios integrales de Atención y Prevención. Intervenciones a Poblaciones en Condiciones de Mayor Vulnerabilidad. Acciones de información, Educación y Comunicación, Vigilancia epidemiológica, Sistema integrado de Monitoreo y Evaluación, Derechos Humanos y Equidad de Género, Marco Legal y Normativo.

GRÁFICO 12.

ICPN. PLAN ESTRATÉGICO. EL SALVADOR. UNGASS 2009.



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte A, 2009.



Los esfuerzos de planificación estratégica han fluctuado entre 9 y 6 puntos a lo largo de los últimos 7 años, siendo su punto más alto en 2005, fecha en que se adopta el Plan Estratégico Nacional (PEN) para el período 2005-2010.

Se identifican como los principales logros desde 2008 en el campo de la planificación estratégica: la disminución de VIH pediátrico, la universalidad y gratuidad de la prueba de VIH, la consulta amplia intersectorial para evaluar al Plan Estratégico Nacional, el seguimiento de los compromisos adquiridos con el fin de alcanzar el acceso universal y adoptados durante la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de junio de 2006 y la vigilancia de la cobertura del programa VIH.

Durante el año 2009 se inició el proceso para la evaluación del Plan Estratégico 2005-2010, el cual será la base para alinear todos los esfuerzos en la lucha contra el VIH en el próximo quinquenio, cumpliendo una vez más con los principios fundamentales de ONUSIDA respecto de la estrategia “los tres unos”.

Dentro de los aspecto que evalúa el ICPN se encuentra el referido a si el país cuenta con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre los cuerpos uniformados nacionales (fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de la paz, el personal penitenciario) reconociéndose por parte de todos los participantes en los talleres de consulta que las acciones de suministro de condones, asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH con consejerías pre y post prueba, servicios de atención de infecciones de transmisión sexual, tratamiento antirretroviral, representan un esfuerzo encaminado a prevenir la transmisión en esta población en vulnerabilidad.

Los sectores consultados para la elaboración del ICPN incluyeron asociados en Salud, Educación, Trabajo, Policía, Fuerzas Armadas de El Salvador (FAES), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), sin embargo de los sectores antes mencionados, solamente Salud, FAES e ISSS tienen presupuesto específico para el trabajo contra el VIH, el resto de los asociados participantes en la consulta



manifestaron que utilizan los fondos de su presupuesto general de funcionamiento para realizar actividades relacionadas con el VIH, lo que representa una limitante puesto que las labores educativas e intervenciones en salud requieren un presupuesto mínimo para su implementación y sostenibilidad en el tiempo, por lo que muchos de los asociados solicitan apoyo económico a cooperantes externos como USAID, ONUSIDA, OPS, Fondo Mundial, PNUD, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial, etc.

En el ICPN 2010 se identifica la necesidad de incorporar al nuevo Plan Estratégico Nacional, poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad como Trabajadoras Sexuales y los usuarios de drogas inyectables, así como de proteger de la discriminación a poblaciones que sufren discapacidad física, viudas, personas desempleadas y huérfanos.

Se identificó la necesidad de integrar el VIH en los planes de desarrollo nacional, incluidas las estrategias específicas para la reducción de la pobreza.

De acuerdo a representantes de gobierno y sociedad civil todavía existen leyes y reglamentos que deben ser revisados y actualizados para lograr un marco legal eficaz en la respuesta al VIH, por ejemplo:

- ✓ El Artículo 18 de la Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana se establece que para hacer la prueba de VIH a menores de 18 años, deberá contar con autorización por escrito de su padre, madre o representante legal.
- ✓ La Ordenanza Contravencional de la Alcaldía de San Salvador (Decreto #49 noviembre 1999. Capítulo III. Artículo 36<sup>7</sup>) dificulta el desempeño de trabajadores y trabajadoras del sexo así como de los HSH.

---

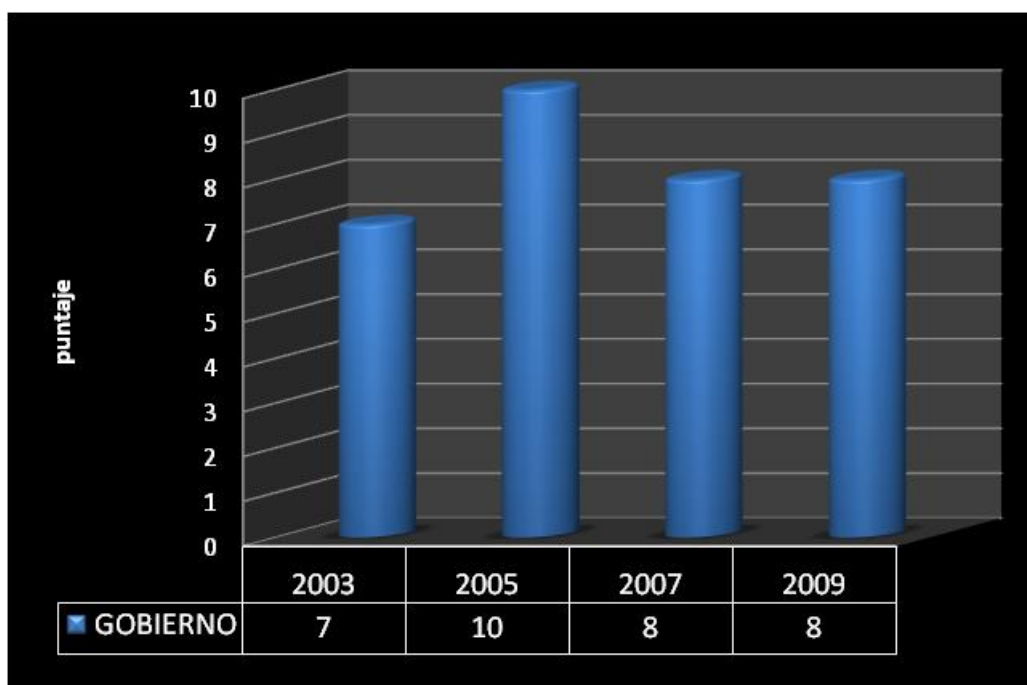
<sup>7</sup> “Comercio de Servicios Sexuales: El que en la vía pública ofreciere o solicitare servicios sexuales y de manera notoria o con escándalo perturbe el orden público, lesione la moral y las buenas costumbres y ofenda el pudor con sus desnudeces o por medio de palabras obscenas, gestos, actitudes o exhibiciones indecorosas, será sancionado con multa de trescientos a mil colones”

Finalmente ambos sectores público y sociedad civil plantean como problemas pendientes por resolver: la coordinación e integración en términos de planificación, financiamiento hacia otras ITS diferentes al VIH, avances en relación a los ODM, integrar y dar seguimiento a la declaración Ministerial México 2008, sostenibilidad y continuidad de país de logros alcanzados con financiamiento de cooperación externa, especialmente del Fondo Mundial.

## II. APOYO POLÍTICO

GRÁFICO 13.

ICPN.APOYO POLÍTICO. EL SALVADOR. UNGASS 2009



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte A, 2009

El Componente de Apoyo Político recibe la calificación de 8, nota igual a la asignada en el informe del año 2008, siendo su punto más alto en 2005 con una puntuación de 10 fecha en que se adopta el PEN vigente 2005-2010, su puntuación más baja (7) fue la asignada para el 2003.



En el año 2009 existió una transición de gobierno a partir del 1 de junio, dicho proceso se acompañó de cambio de todos los funcionarios de gobierno a cargo de las carteras de Estado, incluyendo Ministerio de Salud para el cual se crean 2 Viceministerios a través de los cuales se derivan responsabilidades específicas que hasta ese momento eran de una sola competencia.

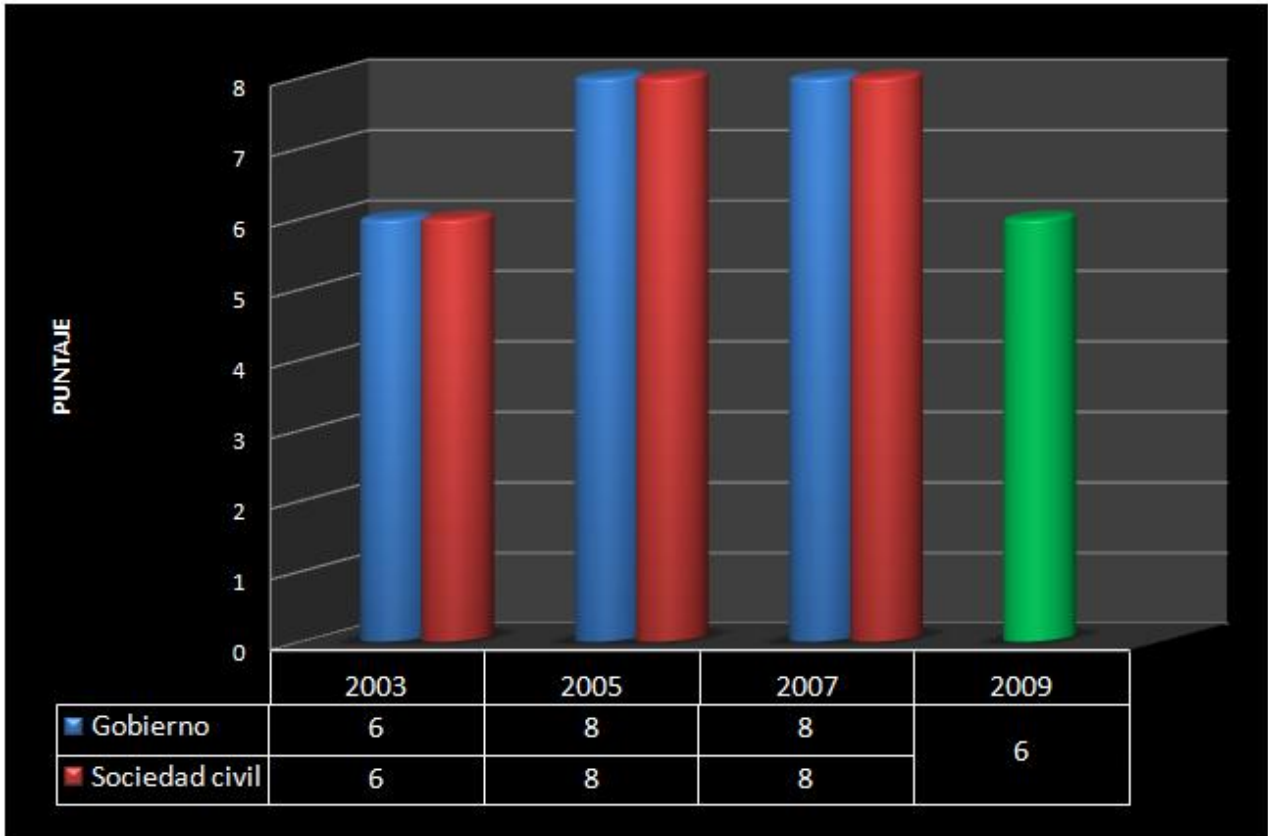
Se identificaron como principales logros del apoyo político desde 2008, el hecho que los miembros de CONASIDA titulares de las diferentes carteras de Estado (ver nota #4) asistían regularmente a las reuniones ordinarias y extraordinarias de CONASIDA. Entre otros logros se incluye que el Mecanismo Coordinador de País (MCP-ES) el cual fue creado como requisito del Fondo Mundial para presentar propuestas y acceder a los fondos, incluye una amplia participación de la sociedad civil y personas con VIH, por medio del cual se ha podido canalizar la captación de recursos financieros y técnicos; una mayor interacción entre el Ministerio de Salud Pública y la Sociedad Civil, la integración de un mecanismo multisectorial de consenso, la vigilancia en la utilización de los fondos y el reconocimiento a nivel mundial de la excelencia en la ejecución financiera.

Se observan importantes avances en el campo del apoyo político, existiendo algunos aspectos que deben ser considerados a futuro para fortalecer más aún este componente, tales como: procurar en la medida de lo posible la participación constante de los titulares en las reuniones de CONASIDA, la difusión de la información a sus respectivas carteras de Estado, la incorporación de algunos actores tales como las Alcaldías Municipales, poblaciones en condiciones de vulnerabilidad como TS, comunidad LGBT y personas con VIH, la necesidad de reforzar la participación de la empresa privada y así como dar a conocer los logros alcanzados a través de CONASIDA

III. PREVENCIÓN

GRÁFICO 14.

ICPN. ESFUERZOS DE APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH. EL SALVADOR. UNGASS 2009.



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte A y B, 2009.

EL componente de prevención para 2009 fue calificado por común acuerdo y consenso con 6 en el proceso de validación, siendo los años 2009 y 2003 las calificaciones más bajas y las de 2005 y 2007 las más altas con una puntuación de 8.

A pesar de la baja calificación asignada a este componente, los y las participantes de gobierno y sociedad civil identifican los siguientes logros:

- Incremento en la sensibilización de la población para la toma voluntaria de la prueba de VIH, por medio de una coordinación, participación activa y apoyo de la sociedad civil en esfuerzos específicos de prevención, como el Día Nacional de la Toma de la prueba de VIH. Así mismo se logró una ampliación en la cobertura



de pruebas voluntarias, realizándose mayor cantidad de diagnósticos de VIH en más centros de confirmación.

- Incremento en sensibilización de la población en el tema de la prevención y difusión de la información en formas de prevención a nivel nacional.
- Reducción de la Transmisión Materno Infantil del VIH
- El Abordaje del VIH en personas privadas de libertad

Al asignarle puntuación a los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH la calificación sube a 7, siendo los principales logros obtenidos:

- Respaldo para la intensificación de la respuesta en otras poblaciones de riesgo como las personas privadas de libertad y poblaciones móviles.
- La cobertura periodística en los medios de comunicación, el Decreto de un Día Nacional para la toma de la prueba de VIH.
- Decreto Ministerial 202 sobre la no Discriminación por Orientación Sexual e Identidad de Género<sup>8</sup>.

Los avances en los programas de prevención han sido de utilidad para revelar las áreas que ameritan un renovado esfuerzo, particularmente al momento de diseñar el nuevo PEN 2010-2015 son:

- Fortalecimiento del trabajo preventivo con el sector gubernamental.
- Ampliación y modernización de la red de laboratorios.
- Coordinación intergerencial e interprogramática.
- Alcanzar a sectores de la población en condiciones de vulnerabilidad, tomando en cuenta factores culturales, sociales y económicos.
- Evaluación del impacto de las campañas (si alcanzó a la población a la que se dirigen).

---

<sup>8</sup> Diario oficial el martes 14 de abril de 2009, tomo 383 número 66.

[http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Acuerdo\\_202\\_erradicar\\_discriminacion\\_orientacion\\_sexual.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Acuerdo_202_erradicar_discriminacion_orientacion_sexual.pdf)



- Ajustar mensajes de prevención a poblaciones específicas por ejemplo: personas con discapacidad, personas adultas mayores, HSH, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas inyectables.
- Mayor prevención en los grupos específicos donde está concentrada la epidemia, fortaleciendo para ello los programas de equidad de género, entre otros.

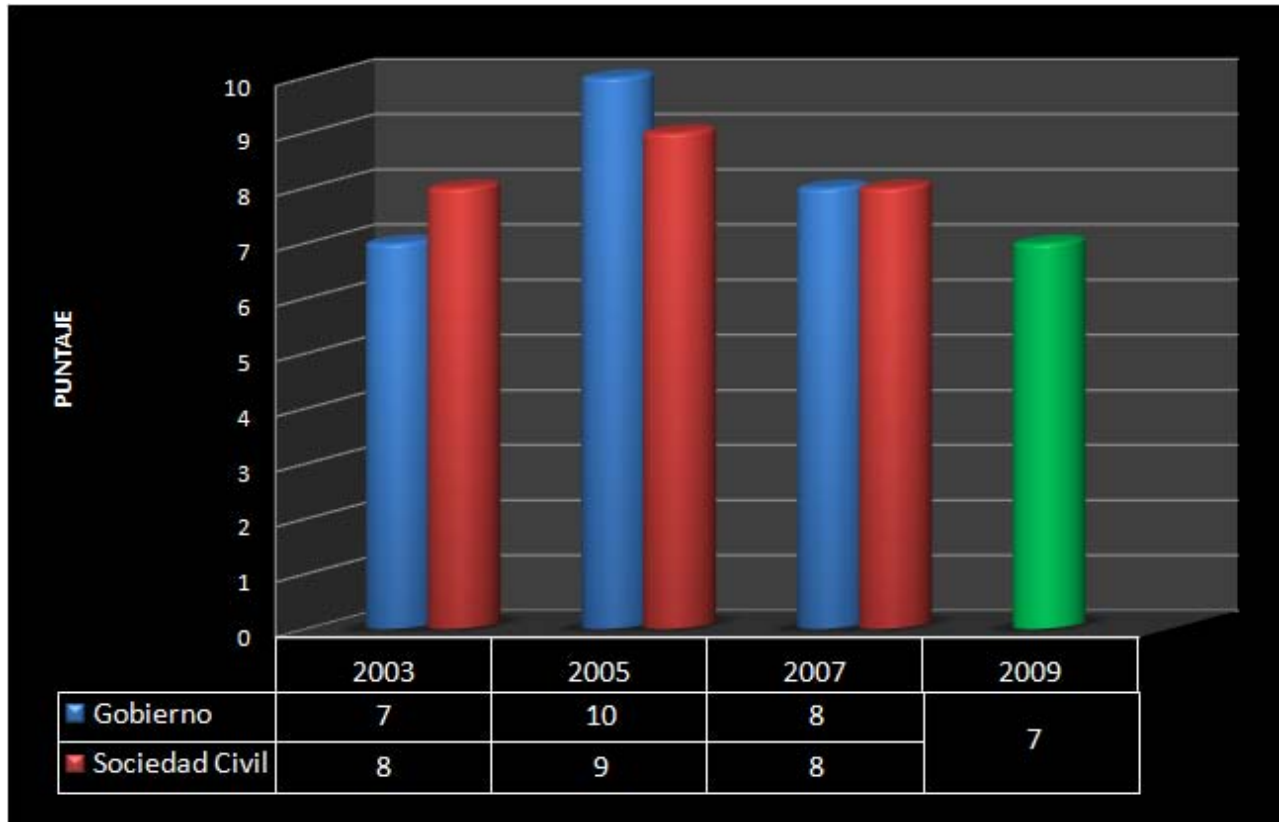
Las y los participantes subrayaron la importancia de que los mensajes de prevención deben estar más centrados en un enfoque laico y de derechos sexuales y reproductivos en atención a la evolución de la epidemia, es por ello que deben abordarse cada vez con más amplitud aspectos relacionados con: el uso del condón, reducción del número de parejas sexuales, práctica de relaciones sexuales más seguras, abstenerse del consumo de drogas especialmente las inyectables, uso de equipo de inyección estéril, erradicar la violencia contra las mujeres y mayor participación de los hombres en programas de salud sexual y reproductiva.



IV. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

GRÁFICO 15.

ICPN. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO EL SALVADOR. UNGASS 2009



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte A y B. 2009

Los esfuerzos realizados en la aplicación de los programas de servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH, fueron calificados para el informe UNGASS 2010 con 7 por gobierno y sociedad civil, igual situación que en el año 2003.

Actualmente se consideran desde el punto de vista de los representantes de gobierno como los logros más importantes para este apartado del ICPN: Terapia Antirretroviral (TAR) de acceso universal, gratuidad de todos los servicios de atención integral, mejor Integración de las actividades colaborativas de los programas de VIH y TB, mayor número de personas en tratamiento, avances en la descentralización de las clínicas de atención integral de VIH (17 clínicas MSPAS y 3



del ISSS), apertura de servicios odontológicos para personas con VIH, aprobación de Ronda 7 para VIH por Fondo Mundial, aprobación de Ronda 9 para TB por El Fondo Mundial, ampliación de la cobertura en personas privadas de libertad, primer estudio para medir el Índice de Estigma y Discriminación en personas con VIH.

Respecto a los servicios de tratamiento, atención y apoyo “para la mayoría de las personas que viven con VIH”, es importante aclarar algunas de las acciones que se realizan: tratamiento a todas las personas con infecciones comunes e infecciones oportunistas y terapia preventiva para la tuberculosis.

Sin embargo, aún deben realizarse esfuerzos para la que las personas con VIH tengan acceso a servicios tales como: apoyo psicológico, así como también a sus familiares, atención domiciliaria, cuidados paliativos, tratamiento, sistemas de derivación, atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo.

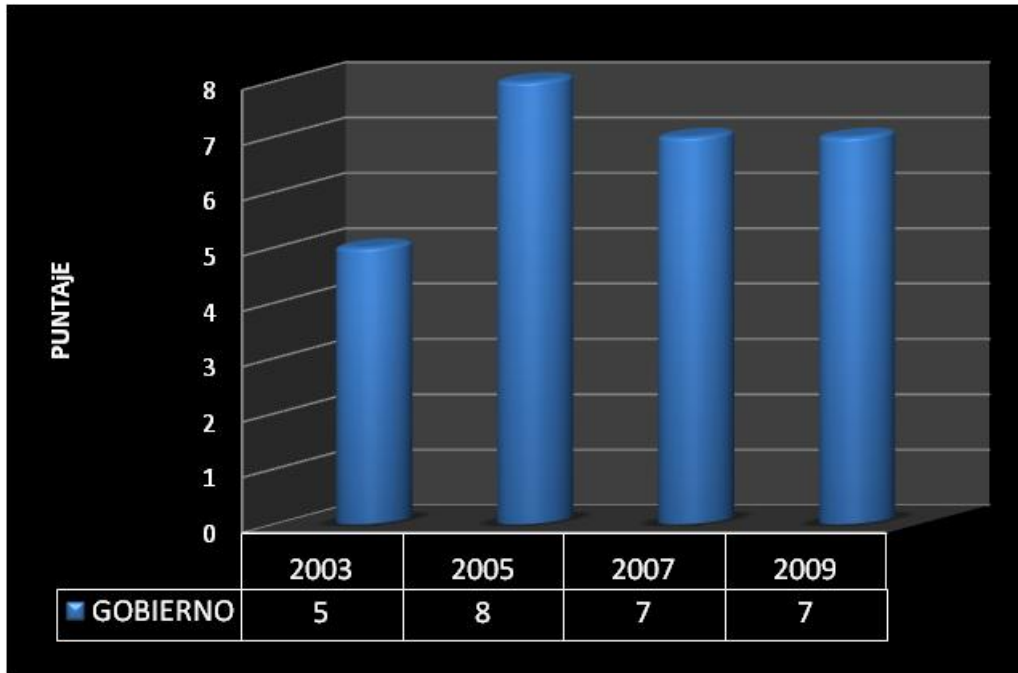
Desde el punto de vista de los representantes de gobierno y sociedad civil, los principales problemas que quedan por resolver son: Compras conjuntas de medicamentos, acuerdos con casas farmacéuticas, compra de medicamentos genéricos, estandarización de costos regionales en insumos y medicamentos, asignación de fondos al tema de VIH dentro de la agenda nacional de gobierno, atención medica relacionada con la corrección de la lipodistrofia, capacitación al personal de salud para evitar la discriminación y homofobia, disponibilidad permanente de medicamentos de rescate, exámenes de genotipo.

Por otro lado, los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH en niñas y niños en orfandad así como otras niñas y niños vulnerables, en 2009 fueron calificados con 2. Ya que existe consenso, entre entes gubernamentales y de sociedad civil en una urgente necesidad de crear una política y estrategia de atención a esta población específica.

## V. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

GRÁFICO 16.

ICPN. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN. EL SALVADOR. UNGASS 2009



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte A, 2009

Este componente conserva la calificación de 7, asignada desde 2007, cuyo valor más alto fue ponderado en 2005 con 8 y la calificación más baja en 2003.

Desde 2008 se inició el trabajo de implementación del Sistema Único de Vigilancia y Evaluación de VIH el cual incluye una estrategia de recopilación de datos, vigilancia sistemática, estudios de investigación, encuestas comportamentales, directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos, una estrategia para evaluar la calidad de los datos la cual se realiza semestralmente, una estrategia de análisis de datos y una estrategia de divulgación y uso de los mismos.

Dentro de los logros obtenidos desde 2008 se cuentan:

- La creación del SUMEVE.
- La estandarización de instrumentos de recolección de la información.
- La sistematización de la información

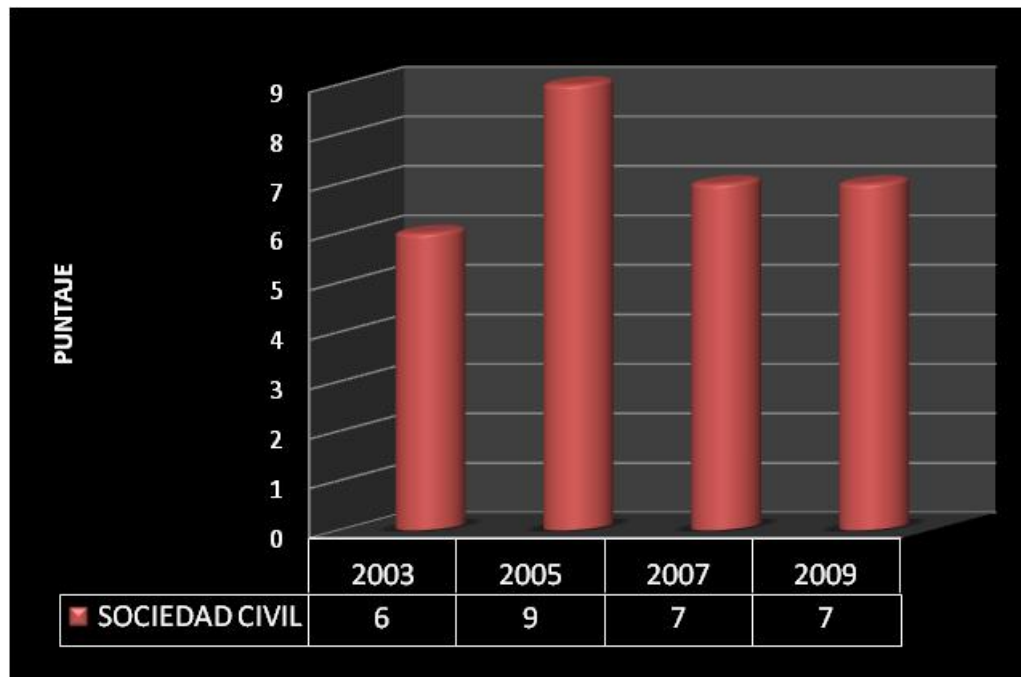
- Vigilancia epidemiológica integral (laboratorio, clínica, tratamiento, defunción)
- Elaboración y difusión de boletines informativos.
- Integración de vigilancia de otras instituciones del sistema.

A partir del año 2010 el SUMEVE será desarrollado para que exista acceso a la información que permitirá el análisis, discusión e interpretación de datos por parte de todos los asociados en la respuesta ante el VIH.

## I. DERECHOS HUMANOS

**GRÁFICO 17.**

**ICPN. DEFINICIÓN DE POLÍTICAS. EL SALVADOR. UNGASS 2009**



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte B, 2009

El componente Derechos humanos se divide en 2 partes, la primera de ellas es la definición de políticas la cual en este informe obtiene una calificación de 7 puntos al igual que en 2007, el punto más alto de este componente fue ponderado para 2005 y el menor para 2003.



Los principales logros en la definición de políticas a juicio de las personas que participaron: El Decreto Ministerial de Salud<sup>9</sup> número 202 en que se oficializa erradicar la discriminación por orientación e identidad de género en el sector salud.

Actualmente El Salvador cuenta con leyes y reglamentos que establecen derechos y deberes, mecanismos sancionatorios por la no aplicación, métodos para prevenir la discriminación, directrices sobre vigilancia epidemiológica, entre otros. Estos instrumentos: protegen de la discriminación a jóvenes, personas privadas de libertad, poblaciones móviles, embarazadas, recién nacidos, sin embargo está pendiente incorporar a personas en condiciones de vulnerabilidad como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Trabajadoras y trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectables.

Algunas de estas leyes, reglamentos o políticas que dificultan en alguna medida, la prevención, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH, son:

- ✓ El Artículo 18 de la Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana establece que para hacer la prueba de VIH a menores de 18 años, deberá contar con autorización por escrito de su padre, madre o representante legal.
- ✓ La sociedad civil y las personas con VIH no están incluidas en el comité nacional o local de ética que asegura que los protocolos de investigación del VIH en los que participan seres humanos sean revisados y aprobados.

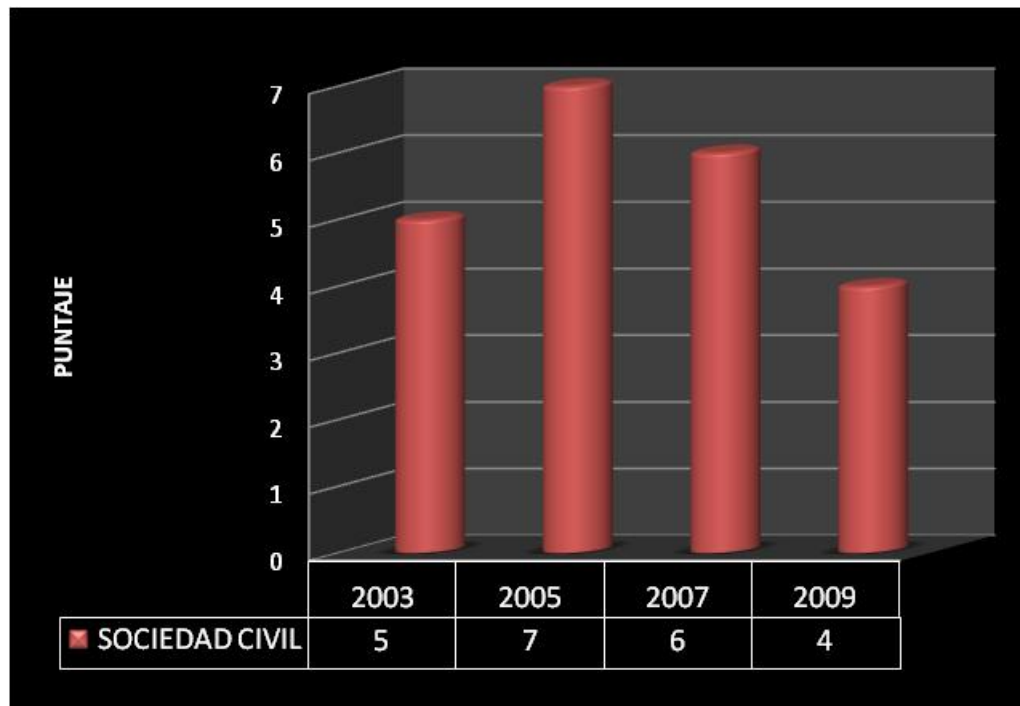
---

<sup>9</sup> Diario oficial, martes 14 de abril de 2009, tomo 383 número 66.

[http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Acuerdo\\_202\\_erradicar\\_discriminacion\\_orientacion\\_sexual.pdf](http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Acuerdo_202_erradicar_discriminacion_orientacion_sexual.pdf)

## APLICACIÓN DE POLÍTICAS

GRÁFICO 18. ICPN. APLICACIÓN DE POLÍTICAS. EL SALVADOR. UNGASS 2009



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte B, 2009

La segunda de las partes que integran el componente de Derechos Humanos de la Sociedad Civil es la aplicación de las políticas, para este año sociedad civil en conjunto asigna una nota de 4 para los esfuerzos por aplicar las políticas formuladas.

A pesar de esta calificación se identifican algunos logros desde 2008 tales como:

- ✓ Promoción para la creación de la unidad de VIH en la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.
- ✓ El proceso de nombramiento de inspectores que velen por la aplicación del marco legal a nivel nacional.
- ✓ Incorporación en los formularios de denuncias de la Procuraduría General de la República, que incluyen la condición de VIH para el registro de violación a los derechos laborales por esta causa.



- ✓ El respeto al derecho a la libre asociación de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles el reconocimiento jurídico a las que se han organizado.

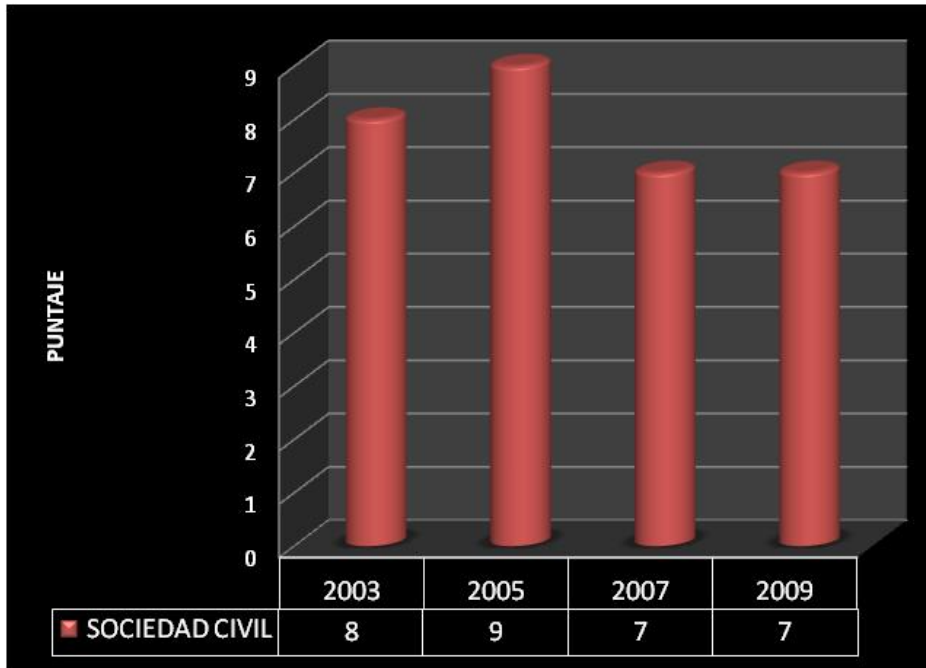
Así mismo se identificaron los principales retos que quedan pendientes por resolver en el mediano periodo:

- ✓ El liderazgo que deberá asumir el gobierno por buscar mecanismos para que se cumplan dichas políticas y leyes, garantizando el respeto a los derechos humanos de las personas con VIH.
- ✓ Creación de un mecanismo o sistema institucionalizado de vigilancia de las denuncias.
- ✓ Lograr la articulación de aplicabilidad entre la Ley del VIH y el marco jurídico nacional.

## II. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH.

GRÁFICO 19.

ICPN. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD. EL SALVADOR. UNGASS 2009



Fuente: Entrevistas sobre ICPN parte B, 2009

Es indudable que el apoyo de la sociedad civil es un elemento clave para los gobiernos, permitiéndoles llegar hasta donde las instituciones se ven limitadas, es por eso que la respuesta nacional ante el VIH se ve fortalecida por una participación activa de la sociedad civil organizada.

En el presente documento las personas participantes del ICPN le otorgaron 7 a la participación que tienen respecto de la epidemia. Esta calificación se mantiene en igual ponderación desde 2007.

En términos generales la sociedad civil se auto percibe en calificaciones de media a alta en aspectos como: fortalecimiento del compromiso político de principales líderes y lideresas en la formulación de políticas nacionales, participación en la planificación y presupuesto para el nuevo PEN 2010-2015, inclusión en aspectos





relacionados con estrategia nacional del SIDA, informes nacionales, diversidad de representatividad de los sectores que participan en la respuesta nacional al VIH, especialmente en el MCP-ES, mayor acceso a la asistencia técnica debido al fortalecimiento de capacidades que brinda la cooperación internacional. Por lo que se reconocen como los principales logros desde 2008:

- ✓ La obtención de la personería jurídica de las ONG de poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, ejemplo: Mujeres con VIH, Trabajadoras Sexuales, Comunidad LGBT, Hombres que tienen sexo con hombres
- ✓ La obtención de la Presidencia del MCP-ES.
- ✓ El nombramiento de la Jefatura del Programa Nacional a una representante de la sociedad civil
- ✓ La conformación de la iniciativa ACCION CIUDADANA
- ✓ La instalación de la Mesa de Contraloría Social en VIH
- ✓ El nombramiento de El Salvador en la vicepresidencia de ONUSIDA de 2010 a 2011.

Así mismo la sociedad civil auto percibe calificaciones bajas en aspectos como: inclusión en la toma de decisiones relacionadas con el presupuesto para la respuesta nacional para el gasto en SIDA, mitigación del impacto, participación en el comité nacional encargado de actividades de vigilancia, monitoreo y evaluación tanto a nivel nacional como esfuerzos a nivel local, falta de mecanismos a seguir para poder acceder a fondos públicos (CONASIDA).

Por lo que a juicio de las personas participantes, los principales retos pendientes quedan en áreas como:

- ✓ Buscar mecanismos que puedan lograr el involucramiento de todas las organizaciones de la sociedad civil, así como la integración y unificación del trabajo que realizan.
- ✓ Consolidación del trabajo entre la sociedad civil y el programa nacional.



- ✓ Continuidad de los representantes de la sociedad civil en espacios políticos y técnicos alcanzados.
- ✓ Monitoreo y evaluación de las acciones implementadas por la sociedad civil

La variabilidad mostrada en este Indicador con respecto a los informes UNGASS anteriores, se debe en parte a la situación sociopolítica que vivió El Salvador desde junio de 2009 con la transición de gobierno, por lo que hasta diciembre de ese mismo año, el actual gobierno contaba con 6 meses al frente del Estado, lo que implica que las valoraciones del presente ICPN se enmarcan temporalmente en año y medio para el gobierno saliente y medio año a partir de junio para el gobierno en turno, el cual tiene una visión de políticas públicas diferentes a las experimentadas en los últimos 20 años.

El actual gobierno tiene espacios de participación más amplios para la sociedad civil involucrada en el tema, lo que se traduce en mayor capacidad de incidencia, contraloría social y abogacía de sus derechos para poder demandar de las autoridades el respaldo político y el cumplimiento de los acuerdos relacionados con el VIH. Por otro lado también se está experimentando una recomposición política en general, así como en los programas de Ministerio de Salud, la cual se experimentaba durante el proceso de recolección de la información para el ICPN.

La construcción del Indicador ICPN se consensuó con la participación de organizaciones de la sociedad civil, representaciones gubernamentales (la mayoría presentes en la CONASIDA), agencias de Cooperación Internacional, de quienes se sacó una muestra representativa, a las cuales se les visitó para llenar el instrumento del ICPN. A través de una convocatoria amplia y abierta se realizaron 2 talleres en los cuales se llevó a cabo un consenso con todas las personas participantes, construyendo en tiempo real los resultados de ambas partes del documento, lo que facilitó el debate y el común acuerdo por parte de sociedad civil y gobierno de cada una de las respuestas del documento final.



Esta metodología participativa e inclusiva, permitió a cada una de las personas participantes expresar libremente sus opiniones y puntos de de lo concerniente al ICPN.

Finalmente las puntuaciones de cada componente se establecieron por consenso ponderando logros y brechas por igual.

Por lo que los resultados presentados obedecen a un valioso esfuerzo de democratizar la participación e inclusión de cada sector, así como de sus percepciones y valoraciones que conforman el Índice Compuesto de Política Nacional.

### B. PROGRAMAS NACIONALES

**INDICADOR 3: Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.**

**Tabla 3.** Unidades de sangre donada por centro hematológico que fueron analizadas sistemáticamente con criterios de calidad asegurada en 2008.

Nombre del centro hematológico	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre 2008			Unidades de sangre 2009		
	Procedimientos operativos normalizados	Plan externo de control de la calidad	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada sistemáticamente con criterios de calidad asegurada
MSPAS	SI	SI	43,954	43,954	43,954	41,836	41,836	41,836
ISSS	SI	SI	23,405	23,405	23,405	22,927	22,927	22,927
CRUZ ROJA	SI	SI	14,041	14,041	14,041	15,416	15,416	15,416
H MILITAR	SI	SI	1,522	1,522	1,522	1,435	1,435	1,435
TOTAL	4	4	81,922	81,922	81,922	81,614	81,614	81,614
	Número de establecimientos 4		Número de Unidades de Sangre 81,922			Número de Unidades de Sangre 81,614		

Fuente: Base de datos Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MSPAS. 2008



Según la información brindada por cada una de las instituciones que cuentan con centro hematológico o laboratorio de cribado sistemático de sangre, el porcentaje de unidades de sangre donadas y analizadas sistemáticamente con criterios de calidad asegurada para detectar el VIH, mediante procedimientos de operación normados y documentados, con planes de garantía de la calidad, durante el año 2008 fue del 100%, igual porcentaje se reporta durante el año 2009 lo que garantiza que la sangre que es analizada y procesada puede ser utilizada de manera segura, lo cual contribuye en gran medida a la detección de los casos nuevos y al control en el avance del VIH, así como la transmisión con el virus en los beneficiarios de la sangre donada.

#### **INDICADOR 4: Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretroviral**

Mayores de 15 años: 74.5%<sup>10</sup>

Menores de 15 años: 93%<sup>11</sup>

Dato no disponible desagregado por sexo para 2008

Información no disponible para 2009.

Hasta diciembre de 2008 en El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reportaba un total de 5,497 casos de personas con VIH en tratamiento, 5200 de ellos eran personas adultas, mayores de 15 años y 297 eran niños menores de 15 años que estaban en terapia en el Centro de Excelencia de Niños con Inmunodeficiencias del Hospital Nacional Benjamín Bloom. Por su parte el Instituto Salvadoreño del Seguro Social reportaba 1607 mayores de 15 años y 0 menores de esa edad.

De acuerdo a lineamientos internacionales de OMS el 25% de las personas infectadas por VIH deben recibir tratamiento en los próximos 5 años de evolución de la enfermedad, lo que implica que en los últimos 5 años (hasta 2008) según la cantidad total de adultos con VIH El Salvador se requirió contar con al menos 9,451 tratamientos para los adultos que llegarían a necesitarlo.

<sup>10</sup> Base de datos Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MSPAS. 2008

<sup>11</sup> Ídem



Dichas cifras evidencian que entre pacientes adultos del Ministerio de Salud y del Seguro Social, para 2008 se atendían 6,807 pacientes de los 9451 que se esperaba estén en tratamiento, o sea un 74.5%

Para el caso de los menores de 15 años, hasta 2008, el CENID contabilizaba el 25% de niñas y niños VIH positivos en los últimos 5 años en 320 personas, estando actualmente en tratamiento 297 lo que implica un 93% de niños con infección avanzada que actualmente recibe su tratamiento antirretroviral.

Gracias a la cooperación de organismos Nacionales e Internacionales y al gobierno de El Salvador, el programa CENID brinda ayuda especializada con colaboración técnica internacional que se traduce en importantes labores de promoción y educación para la salud, recursos lúdicos, recursos nemotécnicos, todos al servicios de las niñas y niños y sus madres y padres lo que ayuda considerablemente a aumentar la adherencia al tratamiento, para 2008 se registra solamente 1 abandono, 41 pacientes activos y 5 fallecidos.

#### **INDICADOR 5: Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno infantil**

94% para 2008<sup>12</sup>

No hay datos disponibles desagregados por régimen antirretroviral para 2008

No hay datos disponibles para 2009.

El tratamiento antirretroviral es claramente beneficioso para la embarazada. El riesgo de transmisión materno infantil se reduce significativamente por lo que todas las embarazadas VIH + deben ser tratadas con medicamentos que tengan acción contra el virus de la inmunodeficiencia humana.

---

<sup>12</sup> Base de datos Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA, MSPAS. 2008



Según datos institucionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social para el año 2008, del 100% de embarazadas VIH positivas, el 94% recibió tratamiento antirretroviral, el restante 6% está constituido por mujeres VIH positivas que inició tratamiento durante su control pre natal y lo abandonó, otras fueron identificadas en su condición de VIH positivas durante el parto y otras posteriormente al parto.

Es de mencionar que el acceso universal al tratamiento abarca solamente a las embarazadas a las que se le detecta la infección por VIH, dejando fuera a las mujeres embarazadas a las que no se les detecta la infección debido a que no asisten a su control prenatal, a pesar de ser portadoras del virus<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> CIMAC. Estadísticas sobre mujeres con VIH/SIDA. 10 de junio de 2008

**INDICADOR Nº 6: Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la Tuberculosis y el VIH.**

Datos no disponibles por edad para 2008

Datos no disponibles para 2009

**Tabla 4.** Casos estimados de coinfección por el VIH y Tuberculosis durante el año 2008

INDICADOR	CASOS	VALORES DESAGREGADOS	
		SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
<b>Numerador:</b> Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa	37	25	12
<b>Denominador:</b> Número estimado de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH	74	60	14
Porcentaje de casos <b>estimados</b> de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH.	50%	42%	86%

**FUENTE:** Sistema Único de Monitoreo Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE) y Base de Datos de Programa Nacional de Tuberculosis.

En el año 2008 el Programa Nacional de VIH estimó 74 casos con tuberculosis en personas que viven con VIH, para ese mismo año 37 personas recibieron tratamiento para ambas condiciones de acuerdo a los protocolos vigentes, lo que representa el 50% de lo proyectado. Dichas estimaciones mostraban un predominio masculino de 60 personas de los que 25 recibieron tratamiento o sea un 42%, mientras que de las 14 mujeres estimadas, 12 recibieron tratamiento para ambas condiciones lo que representa un 86% de lo esperado, dicha situación refleja que a pesar de la universalidad de ambos tratamientos así como de los importantes esfuerzos del personal de salud por realizar diagnóstico oportuno de tuberculosis, así mismo existe mayor número de mujeres en tratamiento que hombres, lo que influye de forma



directamente proporcional la expectativa y la calidad de vida de estas personas. Cabe aclarar que no todas las personas con VIH estaban en terapia antirretroviral al momento de presentar tuberculosis; sin embargo, de los que estaban en terapia ARV el 100% recibió tratamiento para ambas condiciones al presentar Tuberculosis.

La toma de la prueba de VIH a todas las personas que padecen diferentes formas de tuberculosis es gratuita, por otro lado el Ministerio de Salud Pública<sup>14</sup> realiza búsqueda de casos de tuberculosis pulmonar por medio de la identificación de personas sintomáticas respiratorias y luego con la investigación de los contactos.

El Salvador continúa impulsando la reducción de la transmisión y mortalidad por tuberculosis en la población de personas con VIH, por medio de acciones de educación y sensibilización enfocadas a la prevención de la coinfección de la TB y VIH en los 30 hospitales Nacionales, 17 de los cuales brindan atención integral a personas con VIH intensificado la promoción de la estrategia de las tres I's promovida por parte de la Organización Mundial de la Salud<sup>15</sup>, a través del Programa de Stop TB Partnership; siendo la primera I, la búsqueda intensiva de TB en personas con VIH por medio del reconocimiento de las manifestaciones clínicas, familiarizarse con las formas de TB extra pulmonar, identificación del momento de la TAR, anticipación de las interacciones medicamentosas y el manejo de los efectos adversos de ambos tratamientos, la segunda I, comprende la implementación de la terapia preventiva con Isoniacida, verificando factores de eficacia, durabilidad de la prevención, seguridad y resistencia; la tercera I, corresponde a garantizar el control de las Infecciones en los establecimientos de salud e instituciones colectivas, por medio de medidas de control administrativas, ambientales y de protección respiratoria para el personal<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Norma Nacional de la Prevención y Control de la Tuberculosis. Capitulo V, búsqueda de casos y seguimiento diagnostico Febrero de 2007, MSPAS.

<sup>15</sup> <http://www.who.int/hiv/topics/tb/en/index.html>

<sup>16</sup> Presentación Coinfección Tuberculosis-VIH. Dr. Rolando Cedillos, Jefe del Servicio de Infectología y Programa de Atención Integral ITS/ VIH/ SIDA, Hospital Nacional Rosales. MSPAS



**INDICADOR 7: Porcentaje de mujeres y Hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.**

Porcentaje total: 10.3% de 15 a 49 años de edad<sup>17</sup>.

Datos no disponibles para hombres

**Tabla 5.** Porcentaje que se hizo la prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibió el resultado, por periodo en el cual se la hizo

EDAD ACTUAL (AÑOS)	CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	NO. DE CASOS (NO PONDERADO)
15-19	8.2% *	(1,928)
20-24	13.6% *	(1,846)
25-49	10.2% *	(1,230)

\* Porcentajes establecidos con respecto al número de personas entrevistadas en ese intervalo de edad.

FUENTE: Calculado para UNGASS a partir de datos de FESAL 2008, por ADS.

Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, el 39% se realizó alguna vez la prueba o examen del VIH y la mayoría de ellas un 32%, se la hizo a partir de enero 2005 mientras que el 11%, en el año previo a la entrevista, lo cual indica que el acceso de las mujeres a la prueba y su promoción entre la población, mejoró en los años recientes.

De las mujeres entre las edades de 15 a 49 años que se hicieron la prueba del VIH durante el año 2008, según características seleccionadas, solo el 10.3% de las mujeres conoció los resultados, siendo los intervalos de edad en los que menos se recibió el resultado de los que van de 15 y 19 años con 8.2%.

Existe un 89.7% restante de mujeres que no conoció los resultados de su prueba, lo que constituye un riesgo epidemiológico de infección para otros contactos en caso de estar infectadas, ya que una de las principales prácticas saludables para la

<sup>17</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Tabla 8.31.



prevención y control de la epidemia, es la prueba para determinar la seropositividad al VIH, la cual se brinda en forma gratuita en los establecimientos públicos de salud.

La probabilidad de recibir el resultado de la prueba del VIH resulta mayor entre quienes ya están casadas o acompañadas<sup>18</sup>, las del grupo de 20 a 24 años y las que perciben riesgo de contraer el virus. Además se incrementa con el nivel educativo o quintil de bienestar, pasando del 16 por ciento en el grupo sin educación formal al 26% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad y del 15% en el quintil más bajo al 25% en el más alto

El reporte subraya la importancia de brindar educación sexual a todas las mujeres sexualmente activas, específicamente sobre el componente de VIH-SIDA, no restringido a la realización del examen de detección del VIH, sino también de la gran importancia de recibir los resultados para conocer su estado de salud en cuanto al VIH.

#### **INDICADOR 8: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.**

Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) 88.05%<sup>19</sup>

Datos no disponibles desagregados por edad

De acuerdo al “Estudio Centroamericano de Vigilancia del comportamiento sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009” (ECVC), el 88.05% de los HSH se hicieron la prueba de VIH en el último año y conocieron su resultado; este dato se obtuvo tomando muestras poblacionales de HSH en San Salvador (87.8%) y San Miguel (88.3%), que son representativos del comportamiento nacional ya que concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4% de los casos de VIH de todo el país, de acuerdo a los registros del Ministerio de Salud.

<sup>18</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Página 183

<sup>19</sup> Estudio de Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tabla 6.11



Existe una mejoría con respecto a este mismo indicador que en 2008 fue reportado con 52.26% producto de un estudio de PASMO<sup>20</sup>, ya para ese momento el indicador representaba una mejora del 15% con respecto a 2003, por lo que el aumento de población HSH que se sometió a la prueba del VIH entre 2003 y 2009 es aproximadamente 51% en total.

Al correlacionar a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, en cuanto a la prevalencia del VIH, encontramos que la población HSH tiene una prevalencia aproximadamente 2 veces mayor que las TS (10.8% y 5.6% respectivamente) lo que implica una reducción de la prevalencia en HSH de casi 7% con respecto a 2007 y un aumento en la prevalencia de TS de 2% para TS<sup>21</sup>.

Cuando se evalúa el realizarse la prueba del VIH voluntariamente, en los participantes HSH de San Salvador, el 36.1% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 17.5% entre 7 y 12 meses, 18.5% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años desde que se la realizó), mientras que un 27.9% tenían más de 2 años de habérsela realizado cuando se les entrevistó; de los 359 participantes solamente el 87.8% conocían el resultado de la última prueba. Para los participantes de San Miguel un 43% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 18.4% entre 7 y 12 meses, 27.8% se la realizaron hace 1 año (sin pasar de 2 años de antigüedad), mientras que un 10.8% tenían más de 2 años de haberse realizado la prueba cuando se les entrevistó. De los 98 participantes solamente el 88.3% conocían el resultado de la última prueba.

Para San Salvador el lugar donde principalmente se realizaron las pruebas de VIH fueron los centros de salud con un 40.5% mientras que en San Miguel la ponderación para los centros de salud fue de 13.8%; Sin embargo en San Miguel el lugar

<sup>20</sup> Estudio TraC sobre actitudes y comportamientos sexuales entre poblaciones vulnerables al VIH SIDA en Centro America. PASMO/PSI-CID Gallup, 2007.

<sup>21</sup> Estudio de Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Páginas 52 y 78.



preferido por la población HSH para realizarse la prueba voluntaria mayoritariamente fue el hospital con un 30.5% mientras que en San Salvador, el hospital representó solamente el 22.9%.

### **Trabajadoras sexuales (TS) 88.6%<sup>22</sup>**

Datos no disponibles desagregados por edad

Nota: El estudio ECVC 2009 hace referencia a recibir los resultados de la “última” prueba de VIH. Por lo que el porcentaje incluye pruebas realizadas incluso hace más de 1 año.

Para la población de TS el resultado es de 88.6% como promedio nacional, de acuerdo al ECVC 2009 con datos para San Salvador (89.8%) y Sonsonate (87.4%) Estos 2 departamentos de El Salvador, son representativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.3% del total de la población salvadoreña y el 59.5% de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los datos de 2008 y 2009 representan una disminución de casi un 7 % con respecto a este mismo indicador en el período de 2006 y 2007 el cual fue reportado con 95.2% para la población TS, de la misma forma la prevalencia se a aumento un 2% subiendo de 3.6% para 2007 hasta un 5.6% para 2009.

Respecto a realizarse la prueba del VIH de manera voluntaria, del total de participantes trabajadoras sexuales de San Salvador, un 32% reporta habérsela practicado hace menos de 6 meses, un 26.8% entre 7 y 12 meses, 16% hace 1 año (sin pasar de 2 años de antigüedad), mientras que un 25.3% tenían más de 2 años de haberse realizado la prueba cuando se les entrevistó, de las 521 participantes solamente el 89.8% conocían el resultado de la última prueba. Para las participantes de Sonsonate el 57.8% reportan habérsela practicado hace menos de 6 meses, un

<sup>22</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tabla 7.9



16.6% entre 7 y 12 meses, 9.9% hace 1 año (sin pasar de 2 años de antigüedad), mientras que un 15.6% tenían más de 2 años de haberse realizado la prueba cuando se les entrevistó, de la misma forma no todas conocían los resultados, de las 140 participantes solamente el 87.4% de los entrevistados en Sonsonate conocían el resultado de la última prueba.

Para San Salvador el lugar donde principalmente se realizaron las pruebas de VIH fueron los centros de salud con un 56.1% seguido de las clínicas móviles con un 17.4%; mientras que en Sonsonate la ponderación para los centros de salud aumentó a 69.0% y para las clínicas móviles disminuyó al 2.9%, siendo el segundo lugar de preferencia el hospital con 16.7%

En general, las personas que se dedican al trabajo sexual tienen condiciones mayores de vulnerabilidad debido a las características propias de su desempeño, que las lleva a tener poco poder en la toma de decisión sobre el uso del condón. Por lo que se deberá hacer un esfuerzo por aumentar la visibilidad a estas poblaciones e implementar estrategias para lograr mayor involucramiento de estas personas en la búsqueda de la prueba de VIH, así como de la necesidad de que conozcan su resultado.

#### **DATO NO DISPONIBLE: USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES.**

#### **INDICADOR 9: porcentaje poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH.**

Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) 58.1%<sup>23</sup>

Datos no disponibles desagregados por edad.

*Indicador Proxy basado en el número de personas capacitadas resultado de las intervenciones de capacitación a esta población por las distintas instituciones.*

<sup>23</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tablas 6.11, 6.11 a y 6.12



Para la población HSH el resultado es de 58.1% como promedio nacional (San Salvador, 64.4% y San Miguel 51.8%).

En San Salvador y San Miguel aproximadamente el 50% de los participantes habían recibido charlas o pláticas sobre VIH, ITS o sexo seguro en los últimos 12 meses por un esfuerzo realizado por la sociedad civil organizada, principalmente a través de la ONG PASMO quien proveyó educación a más del 35% de los participantes en ambas ciudades, seguido de un porcentaje representativo que iba desde 7% en San Miguel hasta un 16.2% en San Salvador por la Asociación Entre Amigos, y en menor porcentaje por las organizaciones Flor de Piedra y Orquídeas del Mar. El Ministerio de Salud por medio de sus trabajadores en salud capacitó un porcentaje menor que iba desde 26.4% en San Salvador hasta el 36.6% en San Miguel.

De los 577 HSH entrevistados en San Salvador al menos el 58.2% se había realizado la prueba alguna vez, de los cuales el 40.5% reporta haberse dirigido a un centro de salud, un 22.9% a un hospital, 16% prefirieron una clínica móvil, mientras que un 3.6% se abocaron a Entre Amigos y un 17% a otros establecimientos. Para San Miguel de 191 personas entrevistadas un 40% se realizó alguna vez la prueba de las cuales el 13.8% se dirigieron al centro de salud, el 30.5% al hospital, seguido cercanamente por el 29.9% que se dirigió a una clínica móvil, otro 5.4% lo hizo a Entre Amigos y un 20.5% en otro establecimiento.

Con respecto a la adquisición de condones, para San Salvador de un total de 431 personas HSH a quienes se les suministraron condones, un 58.6% ha recibido condones gratuitamente de un capacitador de ONG y un 58.2% de trabajadores de Salud, mientras que en San Miguel de un total de 130 personas quienes afirman que se les suministraron condones, un 40.3% los recibió gratuitamente de un capacitador de ONG y un 73.8% de trabajadores de salud. (Nota para esta variable los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible)



### Trabajadoras Sexuales (TS) 77.05%<sup>24</sup>

Datos no disponibles desagregados por edad ni para trabajadores masculinos

Indicador Proxy, basado en el número de personas capacitadas resultado de las intervenciones de capacitación a esta población por las distintas instituciones.

Para la población TS el resultado es de 77.05% como promedio nacional. Los datos para San Salvador (78%) y para Sonsonate (76.1%).

En ambas ciudades los principales esfuerzos de educación estuvieron liderados por la Sociedad civil organizada ya que en promedio suman más del 65% de todas las actividades, charlas o pláticas sobre VIH, ITS o sexo seguro en los últimos 12 meses para los participantes del estudio. Principalmente ONG como PASMO, Flor de Piedra, Entre Amigos y Orquídeas del Mar son las iniciativas civiles que más contribuyeron a esta tarea por mejorar las condiciones de vida por medio de acciones de prevención para esta población. Por su parte el Ministerio de Salud llevó educación al 18.5% de los entrevistados en Sonsonate y en San Salvador al 21%.

De las 612 TS entrevistadas en San Salvador al menos el 81.5% se había realizado la prueba alguna vez, de los cuales el 56.1% reporta haberse dirigido a un centro de salud, un 13.4% a un hospital, 17.4% prefirieron una clínica móvil, un 3.1% se abocaron a Entre Amigos y un 10 % a otros establecimientos. Para Sonsonate de 177 personas entrevistadas un 74.6% se realizó alguna vez la prueba de las cuales el 69% se dirigieron al centro de salud, el 16.7% al hospital, seguido 2.9% que se dirigió a una clínica móvil, otro 3.7% lo hizo a Entre Amigos y un 7.7% en otro establecimiento.

---

<sup>24</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tablas 7.9, 7.9 a y 7.10



Con respecto a la adquisición de condones, para San Salvador de un total de 554 personas TS a quienes se les suministraron condones, un 52.9% ha recibido condones gratuitamente de un capacitador de ONG y un 69.5% de una pareja u otros, mientras que en Sonsonate de un total de 171 personas quienes afirman que se les suministraron condones gratuitamente, un 46% los recibió gratuitamente de un capacitador de ONG y un 85.5% de una pareja u otros. (Nota para esta variable los porcentajes no suman 100% ya que más de una respuesta era posible)

**DATO NO DISPONIBLE: usuarios de drogas inyectables**

**INDICADOR 10: Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables cuyos hogares recibieron apoyo externo básico para la atención infantil.**

La situación ha cambiado poco desde el informe de 2008, puesto que aún no se cuenta con albergues ni tampoco conocimiento sobre el número de hogares de iniciativa religiosa, ni de las condiciones en que se encuentran los niños y niñas huérfanas, puesto que hasta el momento no se ha sistematizado la información que pudiera brindar el enfoque de salud familiar por medio del registro en el expediente familiar

En este periodo de informe UNGASS, la sección del ICPN referente a los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables fue calificada con 2, situación que debe llamar fuertemente la atención para futuras intervenciones puesto que existe consenso entre entes gubernamentales y de sociedad civil en una urgente necesidad de crear una política y estrategia de atención a niños y niñas huérfanas por causa del VIH o no.

Por el momento parece que las bases de esa intervención han sido colocadas, puesto que el 26 de marzo de 2009 la Asamblea Legislativa de El Salvador aprobó por unanimidad la Ley Integral de Protección a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) y sancionada por el Presidente el 15 de abril de 2009 para entrar en vigencia en esa





fecha, cuyo contenido incluye: un catálogo de derechos y garantías a favor de niños, niñas y adolescentes, ordenados en cuatro grupos o familias, un sistema institucional que distribuye las funciones de rectoría, control y ejecución entre diferentes instituciones, asegurando una distribución equilibrada del poder público, procesos administrativos y judiciales sencillos y ágiles, los cuales permitirán que la participación de los interesados sea suficientemente informada y consciente, por lo que se espera que en el transcurso de 2010 esta Ley cambie sustancialmente el panorama para esta población excluida hasta el momento.

### **INDICADOR 11: Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico**

**100 % (2008)<sup>25</sup>**

**100 % (2009)**

En 2008 el tema de VIH se incorporó en la currícula del programa estudios del Ministerio de Educación (MINED) en el 100% de los centros educativos del país, sin embargo el abordaje de la temática depende exclusivamente de la instrucción que el docente recibió durante su propia formación, lo que significa que hasta el momento no se puede considerar que el 100% de los centros reciba un enfoque integral, sin embargo durante 2009 se realizaron importantes acciones en la capacitación de 8,000 maestros con miras a tener en el transcurso de 2010, aproximadamente 2,000 centros educativos en donde la educación en VIH basada en aptitudes para la vida sea abordado en forma integral.

En 2008 el programa de la asignatura de orientación para la vida contempla los contenidos de VIH en la competencia a desarrolla literal B<sup>26</sup> "Toma de decisiones responsable" a través del auto cuidado y la autonomía en la sexualidad como actitud que expresa la valoración de las y los estudiantes en todas sus dimensiones, física, psicológica y social. Esta capacidad pretende establecer los parámetros de

<sup>25</sup> Programa de Estudios Orientación para la vida. Educación Media. Ministerio de Educación.

<sup>26</sup> Programa de Estudios Orientación para la vida. Educación Media. Ministerio de Educación 2008.



protección no solo de los sentimientos, sino también la integridad del cuerpo, además consolida el desarrollo de la identidad a partir de la independencia del pensamiento, la valoración de sí mismo, la responsabilidad de las propias acciones. La toma de decisiones oportunas y el establecimiento de límites a las presiones de los demás, es la garantía del bienestar físico y emocional.

Con este planteamiento a través de la currícula se pretende que las y los estudiantes de educación media identifique y reconozca sus características personales para desarrollar la conciencia de sí mismo; que analice y acepte sus sentimientos, actitudes y valores para fortalecer su conciencia ética; se reconozca y se valore a sí mismo como miembro activo dentro de su grupo familiar, escolar y cultural, tomando en cuenta sus necesidades e intereses.

## A. CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO

### **INDICADOR 12: Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.**

No se cuenta con información al respecto de este indicador debido a que las fichas de matrícula de los centros educativos del Ministerio de Educación que anualmente llenan los responsables de los estudiantes o los mismos estudiantes, no contempla un espacio para determinar la condición de orfandad o no.

### **INDICADOR 13: Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.**

Mujeres de 15 a 24 años de edad: 27.3%<sup>27</sup>

Datos no disponibles desagregados por intervalos de edad ni para hombres.

<sup>27</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Tabla 8.5

Tabla 6.

Conocimiento general del VIH, según características seleccionadas: Mujeres de 15 a 24 años de edad

RESPUESTAS ESPECÍFICAS CORRECTAS							
Características Seleccionadas	Tener sólo una pareja fiel puede proteger contra el VIH	El uso de condones puede prevenir el VIH	Una persona de aspecto sano puede tener el VIH	Compartir cucharas, tenedores, platos o vasos no transmite el VIH	Los mosquitos o zancudos no transmiten el VIH	Conocimiento General*	No. de casos (No ponderado)
<u>Edad actual</u>							
<u>Años</u>							
15-19	94.2	76.2	73.0	64.8	46.9	25.4	1.928
20-24	97.1	83.2	78.5	66.2	45.4	29.8	1.847
15-24	95.5	79.2	75.4	65.4	46.2	27.3	(3,775)

\* Las 5 respuestas correctas

Fuente: Calculado para UNGASS a partir de la base de datos FESAL 2008, por ADS

Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimentó al menos una relación sexual. La proporción de mujeres con experiencia sexual es mayor en el área rural que en la urbana. Con respecto a la experiencia sexual esta varía del 34 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 72 por ciento en el de 20 a 24 años.

En relación a identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, en general la mayoría considera que tener sólo una pareja fiel puede prevenir la transmisión del VIH; ambos intervalos de edad muestran un alto nivel de conocimiento específico de esta pregunta.

Mientras que al preguntarles que si el uso de condones en todas las relaciones puede prevenir la transmisión del VIH, 8 de cada 10 mujeres de 15 a 24 años de edad reportaron que se puede prevenir. En esta pregunta se nota que el intervalo de edad de 20 a 24 obtuvo un 7% de mejor respuesta que las jóvenes entre 15 y 19 años.

Es importante observar que el 75% de las entrevistadas consideran que una persona sana puede tener el VIH, lo que se relaciona directamente con el riesgo que perciben de poder ser infectadas al tener relaciones sexo-coitales sin protección.



En cuanto al rechazo de las ideas erróneas, el compartir utensilios como cucharas, tenedores, platos o vasos como forma de transmitir el VIH, la mayoría lo niega y sobre la transmisión a través de picadas de mosquitos o zancudos, la negación de este último concepto erróneo varía del 47% en el área urbana al 31% en la rural, siendo levemente mayor el porcentaje que respondió correctamente el del intervalo de 20 a 24 años, con respecto al de 15 a 19.

El identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, es un aspecto fundamental que contribuye a tener prácticas sexuales seguras y por lo tanto disminuir la incidencia del VIH, lo que subraya el rol de promoción de la salud del Ministerio de Educación, Universidades, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, organismos gubernamentales, organismos no gubernamentales, así como organismos nacionales e internacionales y demás actores sociales.

**INDICADOR 14: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.**

De los Hombres que tienen sexo con Hombres, el 52.35%<sup>28</sup> (respondieron correctamente “todas” las preguntas relacionadas con las formas de prevenir la transmisión y rechazo de las ideas erróneas sobre la transmisión del virus).

Datos no disponibles desagregados por edad

Observación: Para la población HSH<sup>29</sup> el resultado es de 52.35% como promedio nacional, desagregado así San Salvador (66.8%) y San Miguel (37.9%). Estos dos departamentos del país, se consideran representativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.5% del total de la población salvadoreña y el 55.4%

<sup>28</sup> Informe preliminar de ECVH HSH. Página 54, tabla 14.

<sup>29</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables Informe Final. 2009. Tabla 6.14



de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Individualmente cada enunciado que pretendía medir los conocimientos acerca de la prevención se comportó de la siguiente manera:

- Para la prevención del VIH, las respuestas correctas fueron desde 78.5% en San Miguel;
- 84.3% en San Salvador, en cuanto a la fidelidad a una sola pareja sexual que no está infectada.
- El 87.8% de los participantes de San Salvador afirmó que el VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y consistente en cada relación sexual, mientras que en San Miguel fue de 78.2%.

Con respecto al rechazo de las formas erróneas de transmisión las 5 preguntas realizadas y sus resultados denotan mayor variabilidad de conocimiento en cuanto a las rutas de transmisión:

- Cerca del 74% de los participantes de San Salvador consideran que el VIH no se puede transmitir por la picadura de un zancudo, mientras que 53.8% de los entrevistados de San Miguel opina lo mismo.
- En San Salvador 92.1% opina que el VIH no puede ser transmitido por el uso de cubiertos o platos, con alguien infectado, en San Miguel el porcentaje desciende cerca de 23 puntos porcentuales ya que solamente el 68.4% contestó correctamente.
- Al preguntarles si creen que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el 97.1% en San Salvador manifestó que si y un 92.3% en San Miguel igualmente, lo que denota que los participantes están conscientes que una apariencia saludable no es un parámetro útil para medir la condición serológica de una persona.



- Cuando se les preguntó si consideraban que una persona con VIH puede reinfectarse las poblaciones de ambas ciudades respondieron casi igual, ya que en San Salvador el 59.7% respondieron que era posible, mientras que el 59.6% lo expresó de manera similar en San Miguel.
- Un 90.8% en San Salvador consideró que el VIH se puede transmitir de una embarazada infectada a su hijo y un 79.7% en San Miguel.
- Referente a si una mujer con VIH o SIDA puede transmitir el virus a su hijo a través de la leche materna el 75.1% responde afirmativamente en San Salvador y un 82.2% en San Miguel.

#### Personas Trabajadoras Sexuales<sup>30</sup>

Nota: No hay porcentaje consolidado para los participantes que respondieron correctamente las 5 preguntas.

Datos no disponibles desagregados por edad, ni para trabajadores masculinos.

Los resultados expuestos a continuación son parte del documento Final de ECVC 2009 y fueron obtenidos de 2 de los principales departamentos de El Salvador, ambos ilustrativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.5 % del total de la población salvadoreña según datos ajustados del último censo de población publicado en 2008; y el 55.4% de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Con respecto a las 2 preguntas que hacen referencia a medir los conocimientos acerca de la prevención, 88.1% de las personas Trabajadoras sexuales entrevistadas en San Salvador respondieron que el VIH puede prevenirse utilizando el condón de

<sup>30</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tabla 7.14



manera correcta y consistente en cada relación sexual, 84.4% respondió de la misma forma en Sonsonate.

El conocimiento de si el VIH puede prevenirse siendo fiel a una sola pareja sexual que no esté infectada, 67.7% respondió que sí en San Salvador, mientras que un 78% lo hizo en Sonsonate.

Acerca del rechazo de las formas erróneas de transmisión las 5 preguntas realizadas y sus resultados denotan mayor variabilidad de conocimiento en cuanto a las rutas de transmisión:

- Al preguntarles si el VIH puede ser transmitido por un zancudo, en San Salvador el 66.7% considera que no es cierto, en Sonsonate 44.7% tampoco lo consideró correcto.
- En San Salvador 84.5% consideró que el VIH no se puede transmitir al compartir platos con alguien infectado, de la misma forma en Sonsonate 88% de las participantes consideraron errónea esa forma de transmisión.
- Al abordárseles para preguntarles si creen que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el 94.8% en San Salvador manifestó que sí y un 79.4% en Sonsonate igualmente, lo que denota que los participantes están conscientes que una apariencia saludable no es un parámetro útil para medir la condición serológica de una persona.
- Cuando se les preguntó si consideraban que una persona con VIH puede reinfectarse; en San Salvador, el 69.4% respondió correctamente, mientras que el 61.5% lo expresó de forma similar en Sonsonate.
- Un 89.7% en San Salvador consideró que el VIH se puede transmitir de una embarazada infectada a su hijo y un 90.1% en Sonsonate.
- Referente a si una mujer con VIH o SIDA puede transmitir el virus a su hijo a través de la leche materna el 92.4% responde afirmativamente en San Salvador, y un 91.2 % en Sonsonate.



La mejora de los porcentajes respecto del informe UNGASS anterior puede interpretarse como el trabajo de organizaciones de las personas trabajadoras sexuales y HSH, sin embargo continúa existiendo una diferencia en favor de las personas trabajadoras sexuales de la capital, en cuanto a un mejor nivel de información sobre la epidemia del VIH-SIDA lo que refuerza la necesidad para extender las campañas de información hacia la población en general y a poblaciones específicas de TS y HSH así como para disminuir la brecha entre conocimientos y prácticas existentes. Con respecto a las personas trabajadoras sexuales, aproximadamente 60%<sup>31</sup> tenían una edad entre 18 y 24 años y más del 95% reporta un nivel de estudios que no sobrepasa el segundo ciclo escolar, así como un aproximado de 60% cuyo estado civil es soltera y alrededor de un 70% vive actualmente con padres, amigos u otras personas.

#### Datos no disponibles para Consumidores de Drogas Inyectables

#### INDICADOR 15: Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

Mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años: 10.6%<sup>32</sup>

Datos no disponibles para hombres.

**Tabla 7.** Mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años

EDAD	PORCENTAJE Mujeres
de 15 a 19 años	10.5 %
de 20 a 24 años	10.7 %

FUENTE: Encuesta FESAL. Tabla 4.8

<sup>31</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Características socio demográficas. Tabla 7.1

<sup>32</sup> Encuesta FESAL 2009





Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, más de la mitad de ellas ya experimentó al menos una relación sexual. La proporción de mujeres con experiencia sexual es levemente mayor en el área urbana respecto al área rural.

A medida que aumenta la edad, se incrementa el porcentaje de mujeres con experiencia sexual, subiendo del 16% entre las de 15 años al 55% entre las de 19 años, alcanzando el 83% entre las mujeres de 24 años de edad.

Se identifica que entre las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 10.59% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15 años de edad, porcentaje inferior al reportado por FESAL en el año 2005, de acuerdo a estos datos se requiere brindar y fortalecer la educación sexual en los y las niñas durante la etapa pre puberal y puberal, a fin de posponer la primera relación sexual de manera consciente y responsable, ya que a medida que aumenta la edad.

El porcentaje de mujeres con experiencia sexual se relaciona en forma inversa con el nivel educativo o socioeconómico expresado por el quintil de bienestar, ya que la experiencia sexual desciende del 79% entre las que tienen menos de 4 años de escolaridad, al 43% entre las que tienen 10 ó más. Así mismo se observa que a menor quintil de bienestar, mayor es la exposición a la actividad sexual, siendo 54% para el más bajo y 40% para el más alto<sup>33</sup>.

**INDICADOR 16. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.**

Información No disponible.

Este indicador es denominado por ONUSIDA, Relaciones Sexuales de Alto Riesgo bajo la premisa de que la propagación del VIH depende en gran medida de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen un gran número de

<sup>33</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Página 140



parejas. Las personas que tienen múltiples parejas (simultánea o consecutivamente) tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no forman parte de una red sexual amplia.

Dicho indicador se mide determinando el porcentaje de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. Este indicador debe ser medido a partir Encuestas demográficas de salud.

El estudio FESAL 2008, se refiere a las relaciones sexuales de riesgo de la siguiente forma<sup>34</sup>: *“De acuerdo a las recomendaciones de ONUSIDA, se consideran relaciones sexuales de riesgo las relaciones entre personas que no viven juntas ni están casadas o acompañadas”*. Por lo que el dato recopilado está relacionado con el status legal de convivencia lo cual no significa que por no estar casado o no estar acompañado tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses. Por lo que los datos de Fesal 2008 al respecto de este indicador muestran limitada consistencia.

**INDICADOR 17: Porcentaje de mujeres y Hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado preservativo durante la última relación sexual.**

Porcentaje total para mujeres de 15 a 49 años de edad: 80.8%<sup>35</sup>.

Dato no disponible para hombres

<sup>34</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Pág. 186

<sup>35</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, El Salvador. Informe Final Octubre de 2009. Página 231.

Tabla 8.

Uso consistente del condón, en Mujeres de 15 a 49 años de edad activas sexualmente durante el año previo a la entrevista que usó el condón en la última relación sexual

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS	USO CONSISTENTE DEL CONDÓN (MUJERES)	No ponderados
Edad actual (años)		68
15-19	82.7*	
20-24	79.1*	127
25-49	81.1*	391

\* Porcentajes establecidos con respecto al número de personas entrevistadas en ese grupo de edad.

Fuente: Calculado para UNGASS a partir de la base de datos FESAL 2008, por ADS

NOTA: La encuesta FESAL 2008 hace la siguiente aclaración en sus páginas 186 y 187: “entre las personas activas sexualmente y que no ponen en práctica la fidelidad mutua para que el uso del condón ofrezca mayor probabilidad de protección contra el VIH, debe utilizarse en todas las relaciones sexuales, condición que se denomina “uso consistente del condón”. De la definición anterior se puede deducir que la no práctica de la fidelidad mutua equivale a tener más de una pareja sexual, por lo que los datos de este indicador fueron tomados de la tabla “uso consistente del condón” lo cual para fines operacionales representa al indicador 17 de UNGASS

De las 586 mujeres entrevistadas a quienes se les consultó acerca del uso consistente del preservativo casi un 83% de las que se encontraban en el intervalo de edad de 15 a 19 años de edad reportan su uso en la última relación sexual, el intervalo de jóvenes de 20 a 24 un 79.1% mientras que las de 25 a 49 años un 81.1%, lo cual refleja un uso bastante frecuente del preservativo, predominantemente en las más jóvenes.

Es importante destacar que aún cuando la mayoría de las mujeres manifestaron haber usado condón durante la última relación sexual, esta conducta se ve influenciada por la aceptación o no de la pareja para su uso, ya que por la cultura “machista” existente en el país, en la mayoría de los casos es el hombre quien acepta o no el uso del condón, agravándose esta situación cuando hay desconfianza



de parte de la pareja estable al pensar que hay otras parejas casuales a parte de él, sin tomar en cuenta las prácticas sexuales de él mismo.

Dicho comportamiento fue estudiado en la encuesta FESAL 2008, a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad que reportaron tener pareja sexual, tuvieron su última relación durante el año previo a la entrevista y no usaron el condón en esa ocasión, se les preguntó si estarían dispuestas a usar el condón si su pareja sexual se lo propusiera, e indistintamente de la respuesta, también se les preguntó cómo pensaban que reaccionarían sus parejas respectivas si fueran ellas las que propusieran el uso. Ambas preguntas podían considerarse hipotéticas, en el sentido que es probable que ciertas mujeres nunca hayan pensado siquiera en promover el uso del preservativo, aún cuando estén casadas o en unión no matrimonial.

Con respecto a la pregunta sobre la reacción que tendría la pareja sexual al ser la mujer la que pidiera o propusiera el uso del condón, el 32% respondió que su pareja aceptaría, en cambio el 29% consideró que se molestaría y alrededor del 6% citó otras reacciones posibles de rechazo, incluyendo hasta el maltrato por parte de la pareja. También es oportuno señalar que una de cada 3 respondió que no sabía cuál sería la reacción.

Las mayores proporciones que perciben que la pareja aceptaría el uso de condones se encuentran entre los siguientes grupos: Las que han usado el condón en alguna oportunidad (50%), las solteras (47%), entre quienes tienen 10 ó más años de escolaridad (45%), quienes pertenecen al quintil más alto (41%) y las que viven en el área urbana o la región Metropolitana de Salud (36% en cada lugar).

Por otra parte, el 60% de las mujeres usaría los condones si su pareja sexual respectiva lo propusiera lo cual implica que en realidad no tienen la misma capacidad de decisión sobre el uso o no del preservativo con su pareja.



En general, se identifica que el mayor porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad y que tuvo más de una pareja sexual en el último año, manifestó haber usado condón en su última relación sexual; el uso de condones de manera consistente y adecuada, puede contribuir a reducir la velocidad de la expansión de la epidemia del VIH entre la población sexualmente activa, ante la conducta de riesgo presentada, el haber tenido tener más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

Las mujeres solteras presentan la proporción más alta en el uso de los condones seguidas por las mujeres separadas, viudas o divorciadas, esta cifra también resulta mayor entre las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.

Las relaciones sexuales desprotegidas siguen siendo la vía más frecuente de transmisión del VIH en el país, con predominio heterosexual.

**INDICADOR 18: Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.**

Trabajadoras sexuales: 89.95% con cliente nuevo (2008)<sup>36</sup>

Trabajadoras sexuales: 87.15% con cliente frecuente (2008)<sup>37</sup>

Dato no disponible disgregado por edad, ni para trabajadores del sexo masculino.

**Tabla 9.**

Uso del preservativo en la última relación sexual con parejas y clientes.

Tipo de contacto	San Salvador	Sonsonate
Cliente nuevo	89.9%	90%
Cliente frecuente	91%	83.3%
Pareja Estable	18.7%	9.9%
Pareja ocasional	59.8%	59.1%

Fuente ECV 2009 Tabla 7.5

<sup>36</sup> Estudio de Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Características socio demográficas Página 70

<sup>37</sup> Ídem



Para las personas trabajadoras del sexo el resultado promedio de San Salvador y Sonsonate, es de 89.95% para el uso del preservativo con cliente ocasional y 87.15% para el uso del preservativo con cliente frecuente. Los datos fueron recopilados en 2 de los principales departamentos de El Salvador, ambos ilustrativos del comportamiento nacional ya que juntos concentran el 35.3% del total de la población salvadoreña según datos ajustados del último censo de población de 2007 (publicado el 2008); y el 59.5% de los casos acumulados de VIH en el país según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Siendo el preservativo uno de los principales métodos para prevenir el VIH/SIDA la mayoría de las personas trabajadoras sexuales reportó uso de condón con clientes. La utilización del condón en relaciones sexuales ocasionales, reduce considerablemente el riesgo de transmisión de VIH, por lo que el uso del condón es una medida preventiva contra el VIH/SIDA que debería ser utilizada por todos/as y más aún en circunstancias en las que las relaciones sexuales con diferentes parejas son comunes.

A pesar de que es cada vez mayor el número de las personas trabajadoras sexuales que prefiere utilizar el preservativo, sigue existiendo un grupo que no lo usa o que lo usa ocasionalmente. Las prácticas sexuales desprotegidas representan también un factor de riesgo a otras infecciones de transmisión sexual, las razones expuestas para no haber utilizado preservativo están relacionadas con la baja percepción del riesgo, la no disponibilidad del mismo y la falta de promoción.

#### **INDICADOR 19. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.**

HSH 54.9%<sup>38</sup>

Dato no disponible desagregado por edad

---

<sup>38</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Características socio demográficas. Página 43



Para la población HSH el resultado es de 54.9% como promedio de San Salvador (60.5%) y San Miguel (49.3%) 2 de los principales departamentos de El Salvador-

Debido a que las condiciones de vulnerabilidad no están distribuidas de modo uniforme entre los distintos subgrupos que se encuentran bajo la denominación de HSH, los jóvenes HSH, bisexuales, trabajadores sexuales y transgéneros, los HSH sugieren mayores condiciones de vulnerabilidad en relación al sexo anal sin protección.

**INDICADOR 20: Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual.**

No se cuenta con información sistematizada de casos

**INDICADOR 21: Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó.**

No se cuenta con información sistematizada de casos

## B. IMPACTO

**INDICADOR 22: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH**

Mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH: 0.31%<sup>39</sup> (2008)  
Datos no disponibles desagregados por intervalos de edad.

La prevalencia de VIH en población joven ha ido en aumento a lo largo de los últimos años, para 2008 el reporte UNGASS reportaba una prevalencia de 0.12%, mientras que para el presente informe la prevalencia ha aumentado a 0.31%, lo cual a pesar

<sup>39</sup> Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de VIH/SIDA. SUMEVE.MSPAS.



de ser un dato que no sobrepasa el 1% requiere de atención para evitar la creciente infección en la población joven económicamente activa del país.

Entre los factores que predisponen el aumento de la prevalencia de VIH tenemos, una edad de iniciación sexual temprana, datos de la encuesta FESAL revelan que al menos el 21.2% de los jóvenes entre 15 y 24 años de edad han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, y que a esa edad 71.9% han tenido relaciones sexuales por lo menos 1 vez. Por otro lado la transmisión de la enfermedad continúa siendo de carácter sexual, hasta noviembre de 2009 se reporta un 99.5%<sup>40</sup> a predominio heterosexual; Entre otros factores relevantes tenemos la falta de conocimiento en identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH y rechazar las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, ya que según datos de FESAL solamente el 27.3% de los jóvenes lograron contestar correctamente todos los enunciados, lo que implica que entre los entrevistados existía un 72.7% con conocimientos heterogéneos en los que los y las jóvenes entrevistadas solo conocen algunas respuestas correctas.

### **INDICADOR 23: Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH.**

No hay datos disponibles de prevalencia desagregados por sexo y edad.

### **Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) 9.8%<sup>41</sup>**

Datos no disponibles desagregados por edad.

Para la población HSH el resultado es de 9.8% como promedio nacional; de acuerdo al Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. San Salvador (10.8%) y San Miguel (8.8%)

<sup>40</sup> Datos de VIH/SIDA en El Salvador enero a noviembre de 2009. MSPAS.

<sup>41</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Tabla 6.16





Las relaciones sexuales anales sin condón siguen siendo una amenaza significativa de transmisión del virus del VIH en los HSH sobre todo con parejas casuales. Según los datos reportados en el documento UNGASS 2008, 83.14% declaraba el uso de preservativo durante su último coito anal con pareja sexual masculina mientras que para el reporte 2010 esta cifra se vio disminuida 28 puntos lo que denota un aparente aumento de las relaciones sexuales anales sin protección, concomitantemente la prevalencia de VIH observa valores para este grupo muy por encima a la reportada en otras poblaciones. En las TS la prevalencia hasta 2008 era de 4.1% y población general de 0.31%. Estos datos reflejan que en El Salvador la epidemia es más prevalente en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres.

### **Trabajadoras sexuales (TS) 4.1%<sup>42</sup>**

Datos no disponibles desagregados por edad, ni para trabajadores masculinos.

Para la población de TS el resultado es de 4.1% como promedio nacional, según el Estudio ECVV ya mencionado.

Cuando se asocia la prevalencia del VIH por lugar de trabajo sexual, se encuentra que la mayor prevalencia se encuentra en las trabajadoras sexuales que laboran en la calle (10% en San Salvador y 5.4% en Sonsonate), si la actividad sexual se lleva a cabo en un centro de comercio sexual la prevalencia disminuye en ambos departamentos, 4.67% para San Salvador y 1.9% en Sonsonate.

**No datos disponibles para usuarios de Drogas inyectables.**

---

<sup>42</sup> Estudio Centroamericano de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables 2009. Página 78, Tablas 7.5, 7.9, 7.15, 7.17

**INDICADOR 24: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral.**

Datos no disponibles Desagregados por sexo

Mayores de 15 años:

**94.5%**

Menores de 15 años:

**Tabla 10.** Pacientes de CENID iniciados en TAR 2008-2009.

Pacientes de CENID iniciados en TAR 2008-2009 Según Condición a Diciembre de 2009								
Estado	2008		Total 2008	2009		Total 2009	Total	Porcentaje
	femenino	masculino		femenino	masculino			
Abandono		1	1		1	1	2	2.78%
Activo	17	24	41	11	10	21	62	86.11%
Fallecido	3	2	5	2		2	7	9.72%
Traslado				1		1	1	1.39%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>72</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: registros del Centro de Excelencia de Niños con Inmunodeficiencias (CENID)

Para 2008 puede identificarse que del total de niños con VIH que inició el tratamiento (47) el 87.23% siguen con vida después de 12 meses de terapia ARV, el porcentaje de abandono del tratamiento fue de 2.12%, y un 10.63% falleció.

Para 2009 puede identificarse que del total de niños con VIH que inició el tratamiento (25), un mayor porcentaje (88%) se encuentra con vida después de 12 meses de terapia ARV. Se tuvo al igual que en 2008 1 niño que abandonó el tratamiento, (5%). El número de niños fallecidos fue de 2, disminuyendo respecto a 2008 de 10.63% a 8%.

En términos generales entre 2008 y 2009 se ha evidenciado una disminución en 65% de la incidencia de pacientes que iniciaron tratamientos ARV. Es relevante resaltar los importantes esfuerzos que se realizan en el Centro de Excelencia de Niños con Inmunodeficiencias (CENID) para mantener la adherencia al tratamiento ARV que incluyen la gratuidad completa del tratamiento, recursos lúdicos y educativos, apoyo



psicológico y social, institución que por sus características deberá ser estudiada a profundidad con el fin de replicar su experiencia hacia otras poblaciones vulnerables.

Los datos representan a las niñas y niños que han sido atendidos en el CENID, sin embargo puede existir otro número indeterminado de niñas y niños infectados que no han acudido al CENID y que tampoco reciben tratamiento ARV.

### **INDICADOR 25: Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas**

**Tabla 11. Porcentaje de lactantes que nació con el VIH de madres infectadas.**

AÑO 2008-2009 (Enero 2008-Junio2009)
10.9%

FUENTE: Sistema Único de Monitoreo y Evaluación de VIH/SIDA. MSPAS.

Para 2008 se reporta un 10.9% de lactantes VIH positivos que nacieron de mujeres embarazadas VIH positivas (estadísticas Ministerio de Salud), la tendencia descendente observada en años anteriores se mantiene, lo que implica que la cobertura de servicios de prevención de la trasmisión materno infantil debe mantenerse.



## V. Prácticas óptimas

La respuesta nacional a la epidemia del VIH en El Salvador muestra características positivas que han dependido de algunas prácticas óptimas las cuales resumimos a continuación:

- Apoyo político al más alto nivel logrado a través de gestiones permanentes de abogacía y cabildeo ante tomadores de decisión.
- El abordaje ha sido participativo, multisectorial e integrador, permitiendo el establecimiento de alianzas y progresiva movilización comunitaria.
- Se ha fortalecido el sistema de búsqueda activa de casos de VIH a través del ofrecimiento de pruebas gratuitas para su detección.
- Se ha optimizado el uso de los recursos financieros mediante compras conjuntas de medicamentos antirretrovirales.
- Búsqueda temprana de personas que abandonan su tratamiento lo que implica menores complicaciones clínicas para la persona y una posible reducción en la resistencia del VIH al tratamiento.
- Descentralización de los servicios de terapia antirretroviral a 20 hospitales a nivel nacional.
- Un abordaje integral y multidisciplinaria de la terapia infantil en el Centro de Excelencia para niños con Inmunodeficiencia.
- Fortalecimiento de servicios de salud y desarrollo de capacidades institucionales tanto a nivel de gobierno como de la sociedad civil.

## VI. Principales problemas y acciones correctoras

Tabla 12. Problemas y acciones correctoras.

<b>PROBLEMAS</b>	<b>ACCIONES CORRECTORAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la respuesta nacional predomina el enfoque salubrista que privilegia la atención a las determinantes sociales económicas y culturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se anticipa para el PEN 2010-2015 garantizar un enfoque basado en derechos humanos, equidad de género y determinantes de la salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE), no ha generado informes periódicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento técnico y reorganización funcional de la Unidad de VIH/SIDA de la Dirección de Vigilancia de la Salud.</li> <li>• Democratización del acceso a la información.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SUMEVE contempla únicamente el módulo de vigilancia epidemiológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación del módulo de prevención y atención</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importante subregistro de personas VIH positivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la prueba voluntaria de VIH de manera universal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Base de Datos de personas en TAR no está depurada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depurar la base de datos para conocer con exactitud la cantidad de personas en TAR así como el estatus de las que abandonaron la terapia.</li> </ul>



## VII. Apoyo de los asociados para el desarrollo del país.

### Apoyo-medidas

El conglomerado de actores nacionales: Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales, grupos de apoyo de personas con VIH, Organizaciones Basadas en la Fe, Instituciones Académicas entre otros, con el acompañamiento técnico y financiero de organismos bilaterales y multilaterales han impulsado la respuesta nacional y logrado importantes avances, entre los que se destacan:

- Clima de trabajo favorable entre sociedad civil y gobierno.
- Generación de sinergias y uso más eficiente y transparente de los recursos financieros.
- Generación de consensos para impulsar la visión estratégica compartida.
- Esfuerzos coordinados para una importante movilización de recursos financieros para la implementación del Plan Estratégico Nacional.
- Generación de información estratégica que permite un mejor conocimiento de la epidemia a nivel de país.
- Gestiones políticas y diplomáticas para posicionar al país en instancias de conducción estratégica mundial.

Entre las medidas que se deben tomar para asegurar que se cumplan los objetivos de la respuesta nacional contra el VIH reflejados en el UNGASS, se identifican:

1. Promover el compromiso político y visión estratégica de las instancia de coordinación nacional, entre estas: CONASIDA, MCP, Redes de Organizaciones de la Sociedad Civil.
2. Actualización de las herramientas jurídicas y normativas para asegurar el respeto de derechos humanos y equidad de género.
3. Asegurar que el PEN 2010-2015 se elabore en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sostenibilidad institucional y programática.



4. Lograr la corresponsabilidad para impulsar el abordaje multisectorial de las determinantes del estado de salud de las personas afectadas, directa e indirectamente por la epidemia.
5. Impulsar la más amplia difusión, análisis y uso de información estratégica resultantes de investigaciones y estudios específicos.

Apoyo a sociedad civil para programas enfocados a equidad de género, respeto de los derechos humanos y atención de calidad para personas afectadas e infectadas por el VIH.



### VIII. Sistemas de vigilancia y evaluación

Asegurar un sistema de información, monitoreo y evaluación que sea orientado en base a resultados, a optimizar recursos, que esté vinculado a la planeación estratégica del país y que garantice el acceso transparente a la información es el gran reto que El Salvador enfrenta, para ello detallamos a continuación los esfuerzos realizados:

#### **1- Estructuras organizacionales con funciones de Monitoreo y Evaluación en VIH:**

Existe una estructura de M&E dentro del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud que se está fortaleciendo y que posee roles y responsabilidades claramente definidas. Sin embargo existe una brecha relacionada con la definición y asignación de puntos focales de M&E en otras instituciones públicas y de sociedad civil para reactivar la Subcomisión de M&E.

**2- Desarrollo de Recursos Humanos para M y E en VIH :** A pesar de los esfuerzos realizados en años anteriores por desarrollar capacidades en recurso humano clave , las rotaciones y fugas de personal capacitado es un factor que ha enfrentado el país y que ahora se apresta a establecer medidas correctivas creando “equipos” de M&E, de tal manera que sea un grupo de personas quienes desarrollen la experticia en M&E y desarrollen las destrezas necesarias.

#### **3- Alianzas para Planificar, Coordinar y Gerenciar el Sistema de M y E:**

El Salvador ha establecido alianzas con actores claves relevantes que conformaban la Subcomisión Nacional de M&E de la CONASIDA, sin embargo esta instancia se ha debilitado pero se están haciendo esfuerzos por reactivarla y fortalecerla con el involucramiento de las instituciones públicas que conforman la CONASIDA, sociedad civil y la cooperación internacional.

**4- Plan Nacional Multisectorial de M y E en VIH:** Existe un Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica para el período 2006-2010. En





razón que el país se encuentra finalizando la evaluación del PEN 2005-2010 y está a las puertas de comenzar la elaboración del nuevo Plan Estratégico, se elaborará también una revisión y ajuste para un nuevo Plan de M&E vinculado a los objetivos del PEN 2010-2015 con metas, indicadores , responsables , flujos y costos definidos.

**5- Plan de trabajo nacional, anual y costeo de M y E en VIH:** Para hacer operativo el Plan Nacional de M&E se elaborará un plan de trabajo que describa las actividades prioritarias de M y E para el año, con responsabilidades definidas de implementación, financiamiento identificado y un cronograma claro para la entrega de los productos.

**6- Incidencia, comunicación y cultura de M&E en VIH:** Se están realizando esfuerzos por promover una cultura de M&E y para ello es clave la participación de la sociedad civil organizada, en El Salvador se ha creado la Mesa Ciudadana de Contraloría Social en VIH quien ha establecido en su agenda de abogacía el fortalecimiento del sistema de información a fin de mejorar la transparencia en el manejo de la información, la calidad de los datos y la rendición de cuentas. El trabajo de este grupo ha articulado sus esfuerzos con las autoridades del Ministerio de Salud.

**7- Programa de Monitoreo Rutinario de VIH:**

Los datos son recolectados de forma rutinaria, se han contratado digitadores exclusivos para realizar esta tarea, sin embargo aún es un tema pendiente que esta información se encuentre disponible para la oportuna toma de decisiones de los diferentes actores involucrados en la respuesta nacional en todos los niveles. Con apoyo de la cooperación internacional se tiene previsto realizar análisis de los informes que genere el sistema de información.

**8- Encuestas y vigilancia:** El Salvador ha establecido una agenda de investigación a partir de la evidencia recolectada con un proceso desarrollado con ASAP (Base de datos y referencia para una estrategia basada en evidencia ).



**9- Bases de datos sobre VIH a nivel nacional y sub-nacional:** El SUMEVE es el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida, es una aplicación digitalizada que integra la información de laboratorio, vigilancia epidemiológica, atención de pacientes y actividades de prevención, convirtiéndose en la fuente principal de información para los tomadores de decisiones. El sistema brinda la confidencialidad de la información contemplada en la ley y reglamento del VIH/Sida vigente en el país. Permite clasificar los casos como nuevos, conocidos y en seguimiento. Caracteriza los casos confirmados en tiempo, lugar y persona. Calcula la incidencia por sexo, edad, procedencia, ocupación y factores de riesgo

En este sistema se viene trabajando desde el año 2006 cuando se inicio la fase de diagnóstico y plan de trabajo, hasta llegar al año 2008 con la implementación del mismo, para lo cual se ha requerido del concurso de diferentes profesionales de la salud así como de la participación de agencias de cooperación, lo que ha permitido que éste pueda concentrar gran cantidad de datos para así poder responder a las necesidades de información que tiene el país. Tiene un carácter descentralizado lo que permitirá que cada uno de los establecimientos o niveles administrativos pueda generar la información que necesita utilizando una sola herramienta.

Dado que es un sistema que se está implementando a nivel nacional, se encuentra en proceso de consolidación, lo que requiere de la participación activa de diferentes actores en todos los niveles de atención del sistema de salud, por lo que es imprescindible contar con personal capacitado destinado para el procesamiento, generación, análisis y divulgación de la información de forma oportuna, de manera que esta pueda servir para la toma de decisiones. Para lo cual será necesario que se generen las capacidades locales tanto en recursos humanos como en infraestructura, de manera que el SUMEVE se convierta en una herramienta que permita democratizar la información, mediante la socialización de la misma a todos los actores comprometidos en la respuesta al VIH.



Con la implementación y puesta en marcha de este Sistema de Información, el país podrá garantizar las actividades de monitoreo y evaluación, de tal manera que puedan converger en esta actividad todos los actores relevantes del país para así realizar un trabajo conjunto tomando el liderazgo en esta actividad que es de suma importancia en la respuesta al VIH/Sida.

**10- Supervisión capacitante y auditoría de datos:** El próximo Plan de M&E contemplará la revisión periódica de la calidad de los datos a fin que éstos sean confiables, válidos, comprensivos y oportunos.

**11- Investigación y evaluación en VIH:** El proceso de actualización del nuevo Plan de M&E llevará a cabo un taller nacional que contemple:

- Estructuras gubernamentales para evaluación e investigación, incluyendo los requerimientos para el registro de los estudios y la difusión local de sus hallazgos
- Parámetros y procedimientos para la aprobación ética
- Una agenda priorizada de investigación en ciencias sociales e investigaciones operativas a nivel programático; y
- Mecanismos para el uso de los hallazgos de las evaluaciones e investigaciones en los procesos de toma de decisión y en el diseño e implementación de políticas

**12- Uso y difusión de la información:** El PEN 2010-2015 tendrá referencia explícita de los datos más actualizados en relación a factores desencadenantes y determinantes de la epidemia de VIH; a su vez se realizarán esfuerzos para que todos los implementadores de servicios de VIH (gubernamentales y no gubernamentales) hagan referencia a los datos de monitoreo y evaluación en el trabajo que realizan.



## ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la declaración de compromiso sobre VIH/SIDA.

- Planificación de la conformación de una comisión Ad Hoc que diera seguimiento al proceso de construcción del Informe nacional de UNGASS
- Diseño de cronograma de trabajo.
- Conformación de la Comisión Ad Hoc por representantes de, ONUSIDA, Mecanismo Coordinador de País El Salvador, The International Community of Women with HIV/AIDS Capítulo El Salvador, Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva, USAID-PASCA El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Orquídeas del Mar y Asociación Cristiana de Jóvenes
- Validación y observación del cronograma de trabajo por la comisión Ad Hoc.
- Análisis de los indicadores no reportados en el documento de 2008
- Revisión bibliográfica de estudios recientes y visitas a ONG's que permitieran documentar los indicadores que no se reportaron en 2008 por no tener información disponible.
- Planificación de metodología para recopilar datos para el ICPN
- Invitación para participar del ICPN a 18 organizaciones de la sociedad civil, 11 representaciones gubernamentales la mayoría presentes en la CONASIDA, 8 agencias de Cooperación Internacional,
- Definición de una muestra representativa a las cuales se les visitó para llenar el Documento del ICPN personalmente.
- Realización de 2 talleres de consenso con todos participantes, con quienes se construyó en tiempo real los resultados de ambas partes del documento, lo que facilitó el debate y el común acuerdo por parte de sociedad civil y gobierno de cada una de las respuestas del documento final.
- Conciliación de los documentos validados del ICPN en un documento final.
- Creación de matrices para recopilación de indicadores UNGASS del 3 al 25.



- Participación y ayuda de diferentes instancias del gobierno principalmente Ministerio de Salud Pública a través del Programa nacional de ITS/VIH/SIDA, Dirección de Vigilancia de la Salud, Laboratorio Central, Secretaría de Inclusión Social, Dirección General de Estadística y Censos (Digestyc), Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Asociación Demográfica Salvadoreña y Secretaría Técnica de la Presidencia (a través del documento FESAL) Ministerio de Educación, Sanidad Militar, Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencias, Fundasalva, Orquídeas del Mar, Entre Amigos, ICW, Asociación Vida Nueva, PASMO, ACJ, USAID/PASCA, quienes además proporcionaron documentos y conocimientos relacionados con el desarrollo de la respuesta ante el VIH.
- Procesamiento y análisis de la información para cada indicador.
- Elaboración y edición del informe narrativo e incorporación de las observaciones realizadas por el comité Ad Hoc.
- Validación del Documento con los principales actores sociales involucrados en la respuesta nacional ante el VIH
- Procesamiento de los datos en CRIS 3.

